

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

Imagem do Psicólogo na Saúde

Um estudo no Hospital Distrital de Vila Real

MARIZA CARNEIRO DO CIMA

JUNHO 2003

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre no âmbito do Mestrado em
Psicologia e Saúde, realizada sob orientação da Professora Doutora Cristina
Queirós (F.P.C.E.U.P.)

Mestrado em Psicologia e Saúde
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade do Porto

Mariza Carneiro do Cima

Imagem do Psicólogo na Saúde

Resumo

O objecto de estudo do nosso trabalho consiste em perceber a imagem que os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) tem dos psicólogos e da Psicologia na saúde. Pretendemos avaliar a visão dos médicos e enfermeiros sobre os psicólogos de forma a perspectivar a imagem dos psicólogos em contextos de saúde, e contribuir para a criação de novas formas de actuação, no âmbito da integração e intervenção dos psicólogos na saúde. Assim, o quadro teórico do estudo engloba a história e evolução dos conceitos de Psicologia da Saúde, representação social, atitude e imagem, bem como analisa a relação dos psicólogos com outras áreas profissionais da saúde ao longo dos tempos e faz uma revisão de alguns estudos sobre a imagem dos psicólogos e da Psicologia.

De forma a concretizar o objectivo da investigação, foi construído um instrumento de avaliação sobre imagem da Psicologia e dos psicólogos na saúde, sendo aplicado a 15 enfermeiros e 25 médicos do Hospital Distrital de Vila Real. Verificamos que a imagem dos psicólogos e da Psicologia é positiva, que as funções mais associadas aos psicólogos são de aconselhamento, apoio e acompanhamento de doentes e familiares e que os problemas de saúde percebidos como tendo maior componente psicológica foram a depressão, o alcoolismo, obesidade, dor de cabeça e doença do coração. Por outro lado os problemas percebidos como tendo menos componentes psicológicas foram o cancro e a artrite. A maioria dos médicos e enfermeiros expressaram a falta de informação e divulgação sobre a Psicologia da Saúde, bem como dificuldades da sua aplicação na prática.

Terminamos discutindo as implicações destes resultados na intervenção e integração dos psicólogos na área da saúde.

Mariza Carneiro do Cima

Imagem do Psicólogo na Saúde

Résumé

L'objectif de l'étude de notre travail consiste à comprendre l'image que les professionnels de la santé (médecins et infirmiers) ont des psychologues dans le domaine de la santé. Nous recherchons évaluer la vision des médecins et des infirmiers de façon à comprendre l'image qu'ils ont des psychologues dans des contextes de santé, et contribuer à la création de nouvelles formes d'agir, dans l'objectif de favoriser l'intégration et l'intervention des psychologues dans la santé. Ainsi, le cadre théorique de l'étude englobe l'histoire et l'évolution des concepts de Psychologie de la Santé, la représentation sociale, l'attitude et l'image ; comme également, il analyse la relation des psychologues avec d'autres domaines professionnels de la santé tout au long des années et il fait une révision de certaines analyses faites sur l'image des psychologues et de la Psychologie.

De forme à concrétiser l'objectif de l'investigation, nous avons construit un instrument d'évaluation de l'image de la Psychologie et des psychologues dans la santé, comme cela fut appliqué a 15 infirmiers et 25 médecins de l'hôpital de Vila Real. Nous avons vérifier que l' image des psychologues et de la Psychologie est positive, que les fonctions les plus associées aux psychologues sont de conseiller, appuyer et accompagner des malades et leurs familles et que les problèmes de santé perçus comme ayant une plus grande importance psychologique out été la dépression, l'alcoolisme, l'obésité, la douleur de tête et le problème du cœur. D'un autre coté, les problèmes perçus avec une moins grande importance psychologique out été le cancer et l' arthrite. La majorité des médecins et des infirmiers ont exprimé le manque d'information et de divulgation de la Psychologie dans la Santé, comme également les difficultés d'application dans la pratique.

Nous terminons discutant les implications de ces résultats dans l'intervention et intégration des psychologues dans le domaine de la santé.

Mestrado em Psicologia e Saúde
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade do Porto

Mariza Carneiro do Cima

Imagem do Psicólogo na Saúde

Abstract

The study object of our work consists in understanding the image that health professionals (physicians and nurses) have from psychologists and Psychology itself in health system. We pretend to evaluate the doctors and nurses vision about psychologists in health contexts, and to contribute to the creation of new ways of acting , in the way of intervention and integration. So, the theory part of the the study includes the history and evolution of the Health Psychology concepts, social representation, attitude and image, as well as analyses the psychologists relation with other health professionals through the times and revues some studies about psychologists and Psychology image.

To achieve the aim of the study it was built an evaluation instrument about the psychologists and Psychology image in health system, that instrument was applied in 15 nurses and 25 doctors from the Vila Real Hospital. We verified that the psychologists and Psychology image are positive, that the functions most associated to them are concealing and support to the patients and their families and that health problems understood has having a major psychological component were depression, alcoholism, obesity, headache and heart problems. On the other hand, the problems understood has having minor psychological component were cancer and arthritis. Most doctors and nurses expressed a lack of information about Health Psychology, as well as difficulties on their practical applications.

So we finish discussing the implications of this results about the integration and intervention of psychologists in the health context.

Agradecimentos

Durante a elaboração deste projecto contei com a colaboração de algumas pessoas sem as quais teria sido impossível levar a bom termos o presente trabalho. A todas agradeço:

Professora Doutora Cristina Queirós , pelo empenho e orientação do projecto, desde o seu esboço até à construção final, bem como por todo o apoio, críticas e sugestões efectuadas.

Enfermeira Supervisora Maria Piedade Soares do Hospital Distrital de Vila Real, pela ajuda fundamental no processo de recolha de dados, bem como pela força e incentivo ao longo de todo o trabalho.

Administração do Hospital Distrital de Vila Real por ter autorizado recolha de dados, bem como a todos os médicos e enfermeiros que participaram no estudo.

Eliana Cima Antunes e Pedro Miguel Antunes pela orientação no trabalho informático e pelo carinho e atenção que sempre demonstraram durante todas as fases de investigação.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	6
Capítulo 1 - Psicologia na Saúde: História, Evolução e Conceitos	7
1.1. Introdução	8
1.2. Psicologia da Saúde em Portugal	12
1.3. Áreas de intervenção e integração dos psicólogos na Saúde em Portugal	19
1.4. Análise do discurso sobre a Psicologia da Saúde	22
Capítulo 2 – Imagem, Percepção e Representação Social	26
2.1. Introdução	27
2.2. Conceito de Representação Social e Imagem	27
2.2.1. Breve introdução ao conceito	27
2.2.2. Representação Social: dimensões e características	33
2.2.3. Posição paradigmática das Representações Sociais	37
2.3. Conceito de Atitude	39
2.3.1. Atitude, Preconceito e Esteriótipo	39
2.3.2. Formação e desenvolvimento das Atitudes	41
2.3.3. Papel e função da atitude	44
2.3.4. Atitude e Representação Social	45

Capítulo 3 – Representações Sociais dos psicólogos e da Psicologia	48
3.1. Introdução	49
3.2. Relações entre médicos/enfermeiros e psicólogos	52
3.3. Imagem dos psicólogos e da Psicologia	60
II - ESTUDO EMPÍRICO	64
Capítulo 4 – Metodologia	65
4.1. Introdução	66
4.2. Instrumentos	66
4.2.1. Entrevista	67
4.2.1.1. Construção do instrumento	67
4.2.1.2. Procedimento e Amostra	67
4.2.1.3. Análise dos dados e conclusões	68
4.2.2. Primeiro questionário	69
4.2.2.1. Construção do instrumento	69
4.2.2.2. Procedimento e Amostra	69
4.2.2.3. Análise dos dados e conclusões	70
4.2.3. Segundo questionário	71
4.2.3.1. Construção do instrumento	71
4.2.3.2. Procedimento e Amostra	75
4.2.3.3. Análise dos dados e conclusões	76

4.2.3.4. Análise estatística: comparação médicos e enfermeiros	85
4.2.4. Construção do terceiro questionário	96
4.3. Procedimento	102
4.4. Caracterização da amostra	103
Capítulo 5 – Apresentação e discussão dos resultados	105
5.1. Introdução	106
5.2. Descrição dos resultados	106
5.3. Influência da especialidade e do sexo na percepção da Psicologia na saúde	113
CONCLUSÕES	126
BIBLIOGRAFIA	133
ANEXOS	140
1. Guião de Entrevista	141
2. Primeiro questionário	143
3. Segundo questionário	146
4. Terceiro questionário	152

INTRODUÇÃO

O estudo do comportamento humano em contextos de saúde é nos nossos dias uma das áreas mais actuais e mais promissoras da investigação e intervenção psicológicas, procurando dar resposta a necessidades dos sujeitos na sua relação com a saúde, a doença e a deficiência e, também, a problemas colocados pelos próprios técnicos e serviços.

As mudanças rápidas que se operam no quadro do sistema de saúde em Portugal, nomeadamente a promoção da cooperação interprofissional, a acentuação do interesse pela promoção da saúde e prevenção de doenças, entre outras, exigem que a Psicologia da Saúde tenha um perfil claro, que influenciará decisivamente a sua implantação e aceitação por parte dos outros técnicos de saúde e dos próprios utentes dos serviços de saúde. Deste modo, parece-nos importante saber o que pensam tais “actores” dos psicólogos na saúde, visando a integração profissional e perspectivando-se o perfil do Psicólogo da Saúde.

Desde o seu aparecimento até hoje a Psicologia tem vindo progressivamente a alargar o seu campo de intervenção. Com a implementação da Psicologia Clínica na saúde surgiram novas perspectivas em todas as áreas relacionadas de algum modo com a saúde e com os temas psicoterapêuticos. A influência dos movimentos Behavioristas, Existencialistas e Psicanalíticos ofereceram espaço para discussão e criação de novos constructos teóricos e novas abordagens na prática. Igualmente outras ciências, nomeadamente as ciências sociais e as ciências biológicas, trouxeram alterações para o domínio psicológico.

Assim, originaram-se novos espaços e diferentes modalidades de relação, ao nível da intervenção psicológica. Por conseguinte, definem-se novas formas de responder às necessidades psicológicas dos sujeitos, delineando estratégias de intervenção diferenciadas na comunidade onde são oferecidos cuidados de saúde com finalidades e competências específicas.

Percebe-se, então, que através dos tempos e consoante os contextos em que se insere, a Psicologia é vista pelos seus utilizadores, psicólogos e outros técnicos de saúde, de diferentes modos. Mas será essa uma noção clara e real das verdadeiras competências e atributos do discurso psicológico na saúde ?

É neste âmbito que surge o presente trabalho. Na última década têm sido vários os investigadores a dedicarem-se ao estudo das relações entre a Psicologia Clínica e o seu público. Farberman (1997) cita as pesquisas sobre este tema realizadas por Wood, Jones e Benjamin em 1986 onde se afirma que os indivíduos apresentam atitudes favoráveis relativamente à Psicologia, estando informados quanto às suas intervenções tanto no domínio teórico-científico, como na prática clínica. Mas por outro lado revelam um desconhecimento quanto ao impacto prático que a Psicologia pode acarretar nas suas vidas.

A este panorama junta-se o estigma habitualmente atribuído à doença ou perturbação emocional, e o pouco conhecimento de outras áreas de intervenção que não estão directamente ligadas a saúde mental. De facto, disciplinas como a Psiquiatria ou a Psicologia têm sido tradicionalmente encaradas pela negativa culminando mais frequentemente numa procura destes profissionais em situações de crise propriamente dita, e não numa lógica de prevenção, acompanhamento e promoção da saúde. Para além disso, as representações e expectativas que muitos técnicos de saúde têm acerca do que pode ser o papel da Psicologia e dos psicólogos nos serviços de saúde parecem afastar-se daquilo que é internacionalmente recomendado e das próprias potencialidades da Psicologia.

Persiste, contudo, a seguinte questão: Apesar da motivação e competências dos psicólogos, porque é ainda pouco o número de psicólogos a intervir no sector da saúde? Podemos considerar como causas, quer atribuições internas (relativas à própria acção do psicólogo) quer atribuições externas (relativas ao contexto exterior e posicionamento de outros profissionais). Uma atitude de resistência institucional à inclusão de “novos” profissionais de saúde ou uma atitude desfavorável de outros técnicos podem contribuir para a dificuldade de integração e intervenção dos psicólogos na saúde (Botelo, 1989).

Não obstante existirem estas forças desfavoráveis, elas poderão estar a ser alimentadas por uma exclusiva falta de informação sobre o papel e funções do psicólogo. Botelo (1989) também refere que provavelmente a proliferação, dentro da Psicologia, de vários modelos e orientações, pode contribuir para “complicar” a *Imagem Social do Psicólogo*. A este propósito Marques e Vasco (citado por Botelo, 1989) analisam a debilidade social da Psicologia e os problemas de autonomia epistemológica desta disciplina, e definem algumas razões para esta situação, entre as quais uma fraca implantação institucional da

por escassez de quadros, tanto ao nível público como privado, acrescida da “guerrilha” movida por técnicos de outras profissões mais antigas, em defesa da sua “territorialidade profissional”.

Deste modo, a Psicologia em contextos médicos encontra vários desafios quer no campo da Psicologia, quer da Medicina e também na própria mudança da natureza do sistema de cuidados de saúde. O confirmar do crescimento e desenvolvimento da Psicologia na Saúde dependerá de uma resolução adequada face aos problemas profissionais existentes. Para isso é necessário criar uma identidade e perfil profissional do psicólogo, nomeadamente na área da saúde, ou seja, definir claramente os campos e fronteiras da Psicologia da Saúde, sublinhar o que é único desta disciplina, identificar a necessidade de especialização e programas de ensino, e estabelecer parâmetros para a entrada na área da saúde.

Assim e após passados, aproximadamente, seis anos da entrada em vigor do decreto-lei e portarias que regulamentam a carreira de Técnico Superior de Saúde - Ramo de Psicologia Clínica, é extremamente importante perceber o que os vários profissionais de saúde, pensam sobre o papel do psicólogo na saúde, de forma a ajustar conteúdos e práticas de intervenção e contribuir para o estabelecimento de uma entidade profissional dos psicólogos na saúde.

Uma compreensão exaustiva da imagem dos psicólogos por parte de outros profissionais de saúde pode sugerir caminhos de organização da Psicologia na saúde (principalmente no âmbito da intervenção, comunicação e trabalho multidisciplinar), que melhor poderá “educar” a população médica e de enfermagem sobre a natureza, eficácia, significado e impacto da Psicologia na vida de cada um (utentes ou profissionais de saúde). Sem este trabalho a Psicologia fica vulnerável à argumentos reducionistas do seu valor, que conduzem a um decréscimo de suporte governamental, nomeadamente no âmbito da abertura de mais estágios de Psicologia ou lugares nos quadros hospitalares.

Aumentar a compreensão do que são as funções de um psicólogo na saúde facilitará a relação entre psicólogos e outros técnicos de saúde e consequentemente aumentará a eficácia das intervenções, seus resultados e o grau de necessidade das intervenções psicológicas na saúde. Por fim, e talvez mais importante, dará à Psicologia uma melhor

chance de atingir um dos seus principais objectivos: promover o bem-estar humano.

Actualmente o trabalho desenvolvido em Psicologia é cada vez mais abrangente, provocando diferentes tomadas de posição por parte de outros técnicos de saúde, relativamente ao trabalho dos psicólogos e mais recentemente dos psicólogos na saúde.

Conhecer o que os Médicos e Enfermeiros pensam acerca da Psicologia, dos psicólogos na saúde e do seu trabalho, constitui o problema da investigação que procuramos desenvolver, com o objectivo de definir linhas de intervenção psicológica na saúde que proporcionem e facilitem a aproximação da comunidade e dos profissionais de saúde aos temas da Psicologia da Saúde, bem como contribuir para a construção de um perfil profissional nesta área. Assim, o nosso objecto de estudo consiste nas representações sociais dos psicólogos na saúde, tendo em conta as imagens, atitudes e crenças dos outros profissionais de saúde.

Ao escolher como campo de estudo os cuidados de saúde, e considerando este um território onde a psicologia e os psicólogos têm um papel importante a desempenhar (quer individual, quer em conjunto com outras disciplinas e com objectivos comuns), surgem-nos duas questões importantes a investigar, referentes aos outros técnicos de saúde:

- Qual a imagem que os outros técnicos de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, têm dos psicólogos e da Psicologia?
- Como é que esses profissionais encaram as funções dos psicólogos na saúde?

Para tentar responder a estas questões iremos desenvolver o nosso trabalho em duas partes, dando conta na primeira de todo o enquadramento teórico do tema e efectuando na segunda um levantamento de dados através de entrevistas e de questionários.

I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1

Psicologia na Saúde: História, Evolução e Conceitos

1.1. Introdução

A aceitação do conceito integral da saúde, com a integração dos três marcos de referência (o biológico, psicológico e social), leva consigo a exigência da aplicação integrada dos conhecimentos derivados de cada uma das partes do modelo, para resolver problemas de saúde, para mantê-la ou para proporcioná-la. Era, pois, necessário o aparecimento das ciências do comportamento.

Assim, a relevância das variáveis comportamentais e psicossociais em importantes problemas de saúde, cada dia mais evidente, e o aparecimento de um novo conceito de saúde em que integra tais variáveis para dar conta das suas mútuas interações, estabeleceram o cenário para que os psicólogos estudassem estas questões e proporcionaram também um papel no desenvolvimento de técnicas para a prevenção da doença e promoção da saúde. Esta ideia de saúde integral tem sido reflectida num número crescente de conexões entre a Medicina e as ciências comportamentais.

Desse modo, uma das primeiras abordagens ao tema saúde-doença insere-se no que se constituiu como “Medicina Comportamental”. A sua conceptualização definitiva nasceu na conferência de Yale sobre Medicina Comportamental, em 1977, e na reunião do grupo de investigação em Medicina Comportamental (Academia Nacional de Ciência da EEUU), em Abril de 1978, onde se definiu como o campo interdisciplinar referido ao desenvolvimento e integração dos conhecimentos e técnicas das ciências biomédicas e de conduta relevantes para a saúde e doença, e a aplicação desses conhecimentos e técnicas à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (Schwartz & Weiss, 1978).

O termo de “Medicina Comportamental” entendia-se como um amplo campo interdisciplinar de investigação, educação e prática, referente a saúde/doença físicas, que abarcam elementos provenientes das ciências do comportamento, tais como a Psicologia, a Sociologia ou a Antropologia, e da Educação Sanitária, e também da Epidemiologia, Fisiologia, Farmacologia, Nutrição, Neuroanatomia, Endocrinologia, Imunologia, Odontologia, Medicina Interna, Enfermagem, Trabalho Social e Saúde Pública, entre outras, para colaborar no cuidado da saúde e no tratamento e prevenção da doença (Taylor, 1986, citado por: Teixeira, Cima e Cruz, 1999).

Nesse marco, a Psicologia da Saúde aparece como uma área mais específica que sublinha o papel primário da Psicologia como ciência e como profissão no campo da Medicina Comportamental, e se define como “o conjunto de contribuições científica, educativas e profissionais que as diferentes disciplinas psicológicas fazem à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e tratamento da doença, à identificação dos correlatos etimológicos e diagnósticos da saúde, da doença e às disfunções relacionadas, à melhoria do sistema sanitário e a formação de uma política sanitária” (Matarazzo, 1980).

Embora, como se pode ver, ambas as definições, a de Psicologia da Saúde e Medicina Comportamental, contêm um conjunto de termos comuns (prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação), e o que caracteriza a Psicologia da Saúde é a sua atenção à prevenção da doença e a promoção da saúde através da mudança de conduta direccionada para a melhoria da saúde. A Psicologia da Saúde refere-se, em síntese, ao papel da Psicologia no domínio da saúde.

Por outro lado, Adler et al. (1999) consideram a Psicologia da Saúde como qualquer aplicação científica ou profissional dos conceitos e métodos psicológicos, a todos os problemas próprios do campo da saúde, não só em relação ao sistema de cuidado de saúde, como também ao sistema de saúde pública, educação para a saúde, planificação de saúde, financiamento, legislação, etc.

Em suma, a Psicologia da Saúde define um campo de aplicação da Psicologia ao objecto da saúde, nutre-se de uma ampla gama de teorias e métodos de muitas disciplinas psicológicas básicas, e delimita uma área de prática profissional. O que faz dos psicólogos da saúde diferentes de outros psicólogos é o seu compromisso primordial com os problemas do campo da saúde, e o seu conhecimento das pessoas, contextos e problemas do sistema sanitário (Adler et al., 1999).

Finalmente, para acabar de definir o conceito de Psicologia da Saúde, é necessário perceber a relação da mesma com outras aplicações da Psicologia no campo da saúde que tiveram uma aparição prévia e que persistem em paralelo, nomeadamente a Psicologia Clínica e a Medicina Psicossomática.

A Psicologia Clínica lidou e lida com a saúde, e embora se ocupe do psicopatológico fá-lo dentro de um marco mais restringido como o da doença mental, centrando-se na cura e intervenção individual (Pérez, 1991). Com os trabalhos na área da cognição e emoções das pessoas fisicamente doentes, a Psicologia Clínica contribui para a Psicologia da Saúde, sobretudo, com conhecimentos técnicos, centrados na aplicação do método clínico ao tratamento dos problemas de saúde.

A Medicina Psicossomática actual, centra o seu interesse nas doenças sem causa física conhecida, assumindo que as causas psicológicas não são conflitos inconscientes e sim factores variados como o stress, características de personalidade, etc, podendo estar incluída na Psicologia da Saúde como um marco mais amplo de aplicação (Carland, 1995).

Psicologia da Saúde, Psicologia Clínica e Psicoterapia são todas consideradas como aplicações independentes de princípios psicológicos e método para saúde, doença e cuidados de saúde. Contudo, existem semelhanças e entre elas e outros campos psicológicos, os quais têm em comum objectivos e finalidades como finalidades sociais (atenção às condições humanas), trabalho sobre a relação indivíduo e meio, a natureza psicossocial da saúde, do bem-estar, e da doença, promoção da saúde e ajuda a indivíduos na manutenção e recuperação da sua autonomia de forma a gerar benefícios económicos à sociedade.

A Psicologia da Saúde está, primeiramente, preocupada com a saúde física, a doença e os cuidados de saúde, embora reconheça que a saúde mental e física estão altamente relacionadas. A Psicologia Clínica está, primeiramente, preocupada com o aceder, prever, prevenir e avaliar de forma cognitiva, emocional, e comportamental as desordens, problemas ou dificuldades. A Psicoterapia está preocupada com o tratamento de problemas de ordem psicológica ou influenciados por aspectos psicológicos.

Podemos ainda acrescentar outro conceito o de Psicologia Clínica da Saúde que segundo Deadorf & Kelly (1987) significa a aplicação dos conhecimentos e métodos de todos os campos práticos da Psicologia, na promoção e protecção da saúde física e mental do indivíduo e na prevenção, avaliação e tratamento de todas as formas de perturbação mental e física, nas quais as influências psicológicas podem ser usadas ou podem contribuir para aliviar o mau funcionamento ou distress. Este conceito concebe a Psicologia como um campo interdisciplinar mais vasto.

Segundo Durá (2001), uma das principais dificuldades da Psicologia da Saúde é a relação com outras disciplinas psicológicas que também se preocupam com a saúde e o bem-estar humano, como a Psicologia Clínica ou a Psicologia Social da Saúde. Refere que estas delimitações não tem muito sentido se aceitarmos a definição global e integradora da Organização Mundial de Saúde. De acordo com esta perspectiva só haveria uma Psicologia da Saúde (campo integrador de outras disciplinas) com diferentes níveis de actuação (clínica ou social). Neste sentido, é importante que os profissionais da Psicologia da Saúde não entrem em debates estéreis sobre conteúdos disciplinares e trabalhem a partir desta perspectiva integradora e coordenada. Esta autora define ainda a identidade do psicólogo da saúde, fundamentalmente na sua concepção da saúde que é feita a partir de uma perspectiva global, o que implica dois aspectos importantes. Por um lado o superar o dualismo mente-corpo na concepção do ser humano e, por outro, o ênfase na possibilidade de melhorar o bem-estar e a saúde humana através de intervenções psicológicas. Estes dois aspectos dão lugar a característica mais específica do psicólogo da saúde: a possibilidade de trabalhar com pessoas saudáveis e não unicamente com doentes (Duré, 2001).

Leal (2000) refere que apesar do movimento geral de evolução ser no sentido de esbater a distinção entre saúde mental e saúde física, se é consensual no papel, é muito mais difícil de implementar na prática. Daí a existência em alguns países de uma divisão clara entre os psicólogos clínicos que se reclamam da saúde mental e os psicólogos clínicos que se reclamam da saúde. O esforço será o da descoberta de novas fórmulas de avaliação, investigação e intervenção aos múltiplos contextos com que se deparam.

Efectuadas algumas considerações gerais, avançamos seguidamente para o panorama do nosso país.

1.2. Psicologia da Saúde em Portugal

Até ao início do século XX, as maiores causas de doença e de morte eram basicamente a pneumonia, tuberculose e as doenças infecciosas. A partir deste período, esta situação alterou-se e as maiores causas de doença e morte passam a ser as doenças crónicas, cardiovasculares e o cancro (Quadro 1, adaptado de Carvalho Teixeira, 1992).

Quadro 1 – Evolução das causas de morte em Portugal de 1900 até 1980

Causas de Morte	1900	1980
Pneumonia	1	6
Tuberculose	2	
Doenças Gastrointestinais	3	
Doenças do coração	4	1
Lesões vasculares	5	
Acidentes	7	4
Cancro	8	2
Senilidade	9	
Defteria	10	
Diabetes		7
Doenças cardiovasculares		3
Doença pulmonar obstrutiva		5
Cirroze do fígado		8
Arteriosclerose		9
Suicídio		10

A realidade portuguesa, de certa forma, confirma os dados anteriores, em que as doenças do aparelho circulatório e tumores são aquelas que tem o maior índice de mortalidade no nosso país (Quadro 2, Instituto Nacional de Estatística , 2003)

Ano	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Doenças do Aparelho Circulatório	40 655	41 881	40 405	42 614	42 984	43 139	42 019	42 381	43 593	41 810	43 526	46 401	44 222	46 331	42 698	43 523	44 686	42 196	42 518	41 998	40 994	40 686
Óbitos por Tuberculose	577	365	272	337	396	377	407	335	363	324	274	276	211	326	242	313	295	321	345	287	260	242
Óbitos por Sida	X	X	X	X	X	X	X	X	62	114	153	240	375	441	650	949	1 111	972	895	980	951	1 025
Tumores	14 312	14 488	14 918	16 461	15 909	16 261	16 448	16 927	17 396	17 777	18 547	18 643	19 110	19 720	19 561	20 439	20 834	20 922	21 325	21 451	21 461	22 399
Sintomas, sinais e afecções mal definidos	12 891	11 653	11 167	12 068	11 982	11 099	11 274	10 659	11 247	11 189	12 120	11 403	11 403	12 168	11 488	11 887	12 701	12 905	13 131	13 378	13 151	12 168
Doenças do Aparelho Respiratório	6 896	7 104	6 102	6 554	6 801	7 027	6 550	6 301	6 749	6 506	7 468	7 173	6 742	7 789	7 077	7 955	8 570	9 120	9 458	11 255	10 297	8 962
Lesões Traumáticas e Envenenamentos	3 578	4 160	4 075	4 038	3 788	3 697	3 618	4 108	4 419	4 282	6 736	6 978	6 593	6 042	5 660	5 929	5 795	5 533	5 273	5 022	4 769	5 078
Doenças do Aparelho Digestivo	4 676	4 998	4 826	5 078	4 936	4 828	4 895	4 779	4 820	4 466	4 614	4 947	4 843	4 980	4 411	4 536	4 740	4 505	4 479	4 280	4 141	4 463
Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos transtornos	1 706	1 450	1 402	1 560	1 750	2 177	2 424	2 460	2 575	2 861	1 450	3 470	3 470	3 730	3 470	3 470	3 391	3 597	3 801	3 820	3 604	4 401
Doenças Infeciosas e Parasitárias	540	609	548	446	314	279	184	152	226	277	936	1 066	1 118	1 466	1 491	1 959	2 247	2 194	2 219	2 412	2 325	2 064
Suicídios	729	781	834	977	1 033	983	941	960	819	747	871	942	866	780	792	809	653	628	553	541	545	525

Quadro 2 - Óbitos por causa de morte

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2003)

As preocupações acerca da saúde (a promoção da saúde e estilo de vida), que se manifestaram nos países desenvolvidos na década de 70, parecem perfeitamente actuais em Portugal. Aqui, tal como nos restantes países da Europa, discute-se a necessidade de desenvolver novos modos de perspectivar a saúde e as doenças, salientando-se a necessidade de implementar mecanismos de promoção e protecção da saúde, de prevenção e remediação das doenças que parecem ser minimizadas no modelo médico tradicional (Pais Ribeiro, 1994; Armstrong, 1988; Ogden, 1996).

De facto, em Portugal, a Psicologia da Saúde é uma especialização recente, datando apenas de meados de 80. Contribuíram para isto a predominância do modelo médico tradicional, a dificuldade de penetração dos psicólogos nas instituições de saúde, o baixo interesse da ciência psicológica em Portugal pelos problemas da saúde física, e a falta de formação especializada. Recentemente, a Psicologia da Saúde em Portugal tem ganho terreno, verificando-se o aparecimento de teses de doutoramento e trabalhos de investigação nesta área nas principais universidades do país, bem como o surgimento de livros e publicações periódicas sobre o tema.

Enquanto a contribuição científica da Psicologia da Saúde tem sido pacificamente aceite, a sua implantação como profissão está a ser mais difícil. Embora existam alguns psicólogos a fazer Psicologia da Saúde nos hospitais, nos centros de saúde e nas maternidades, o seu número ainda é pequeno (McIntyre, 1994).

Em Portugal, o ensino da Psicologia da Saúde, foi iniciado em 1987, em Lisboa, pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) e posteriormente alargado à outras instituições, como a Universidade do Minho e Faculdades de Psicologia e Ciências da Educação de Lisboa, Coimbra e Porto.

Durante a década de 80 foram iniciadas várias experiências de intervenção e formação dos psicólogos nos serviços de saúde, e de investigação e formação no âmbito da Psicologia da Saúde em geral. Foram, então, publicados os primeiros trabalhos na área e realizado, em Abril de 1989, na Reitoria da Universidade de Lisboa, o Seminário “A Psicologia nos Serviços de Saúde”, organizado pela Associação dos Psicólogos Portugueses (APPORT).

A revista *Análise Psicológica*, editada pelo ISPA, em 1990, publicou um número temático (n.º 4- série VIII) sobre a “Psicologia da Gravidez e Maternidade”, área determinante de intervenção da Psicologia da Saúde em Portugal.

A mesma revista em 1992, dá atenção aos temas e questões teóricas e práticas da Psicologia da Saúde, no seu número temático n.º 2 (série X), intitulado “Psicologia e Saúde”.

Em 1993, foi editado pelo ISPA, uma das primeiras publicações não periódicas portuguesa sobre “*Psicologia da Saúde e Sida*” de autoria de Carvalho Teixeira. O livro foca diversos aspectos ligados a um das preocupações actuais da nossa sociedade, que é a Sida. A prevenção e a qualidade de vida são, entre outras, palavras-chave deste livro, realçando o valor e importância da intervenção psicológica no campo da Sida.

Outra publicação editada em Portugal, em 1994, constituindo também ela um contributo para o desenvolvimento da Psicologia da Saúde no nosso país, é o livro intitulado: “*Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*”, coordenado por McIntyre e editado pela APPORT. É um livro que reúne um conjunto de artigos de diferentes autores, que fazem uma revisão de algumas das áreas de intervenção abertas ao psicólogo da saúde em Portugal, abordando também aspectos ligados ao aparecimento e princípios da Psicologia da Saúde e à formação neste domínio.

O ano de 1994 foi, indiscutivelmente, um ano fulcral no desenvolvimento da Psicologia da Saúde em Portugal. Nesse ano, foi publicado pelo ISPA outro número temático (n.º 2/3 - série XII) da revista *Análise Psicológica*, intitulado “*Psicologia, Saúde e Doença*”.

Também em 1994, realizou-se em Portugal o I Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, que decorreu em Lisboa, no Auditório do Arquivo Nacional da Torre do Tombo, sendo organizado pelo Departamento de Psicologia Clínica do ISPA e pela Divisão de Psicologia Clínica e da Saúde da APPORT. Contou com a participação de todas as escolas superiores de Psicologia do País e outras instituições, e de numerosos profissionais nacionais e estrangeiros.

O reconhecimento da importância dos psicólogos em vários serviços de saúde como Hospitais Gerais, Maternidades e Centros de Saúde, fez com que fosse definida em Setembro de 1994 pelo Ministério da Saúde a integração dos psicólogos na carreira dos Técnicos Superiores de Saúde (DL241/94 de 22 de Setembro), constituindo um passo de extrema importância para a integração profissional e sua aceitação nos serviços de saúde em Portugal.

Todos estes acontecimentos, entre outros factores, impulsionaram um número de personalidades com interesse no desenvolvimento da Psicologia da Saúde, a criar uma forma de discussão e união dos profissionais desta área, acabando por ser fundada, em 1995, a Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (SPSS).

Em 1996, a revista *Análise Psicológica*, publicou o número temático “*Saúde e Reabilitação*” (n.º. 2/3 - série XIV), focando diversos aspectos teóricos sobre a Psicologia da Saúde e algumas das investigações efectuadas nesta área.

Paralelamente, no mesmo ano, saiu a Portaria n.º 171/96 de 22 de Maio, regulamentadora da formação em Psicologia Clínica para a Carreira de Técnicos Superiores de Saúde. Esta portaria originou alguma discussão e crítica por parte dos profissionais do sector e uma consequente contestação, sendo proposta uma alteração à mesma.

Em 1997, esta portaria foi complementada com a saída da Portaria n.º 191/97 de 20 de Março, para o programa de formação do estágio do ramo de Psicologia Clínica da carreira de técnicos superiores de saúde.

Viana e Alemida (1998) fazem uma pequena crítica à legislação em que consideram “prejudicial o peso exagerado atribuído ao psicólogo clínico”, o que contribui para o aumento da confusão em torno dos papéis e funções a desempenhar pelo psicólogo num serviço de saúde. Contudo, mostram-se satisfeitos com o carácter global dado aos conteúdos dos estágios, permitindo uma maior liberdade de decisão, bem como com o facto das portarias terem contemplado temas complementares (para além das áreas tradicionais da psicologia) como: a saúde infantil, saúde familiar, neuropsicologia, prevenção etc. Ambos autores salientam o trabalho efectuado no Hospital São João do

Porto, no campo da Psicologia Pediátrica, intimamente ligado aos conceitos e princípios da Psicologia da Saúde.

Culminando todo o trabalho desenvolvido ao longo de vários anos, a Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, organizou o II Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, realizado na Universidade do Minho em Março de 1997. O II Congresso evidenciou um aumento considerável do número de investigações e estudos apresentados, bem como o número de comunicações e participação foi indubitavelmente superior, comparativamente com o I Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Temas como: a Gravidez e Maternidade; Psicologia e Pediatria; a Sida; a Doença Crónica; a Saúde Ocupacional; o Psicólogo nos Cuidados de Saúde Primários e a Formação em Psicologia da Saúde foram abordados, entre outros.

Neste contexto de desenvolvimento claro da Psicologia da Saúde em Portugal são inúmeras as instituições que foram e estão desenvolvendo projectos de investigação e programas de formação no âmbito da Psicologia da Saúde e são cada vez mais os profissionais a intervir no sistema de cuidados de saúde, quer em hospitais quer em centros de saúde.

A formação tem sido desenvolvida por diferentes instituições, como: a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (FPCE) da Universidade de Lisboa, a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, o Departamento de Psicologia da Universidade do Minho, o Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) e a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, permitindo o aumento progressivo das oportunidades de formação académica, no âmbito de Licenciaturas e Mestrados. Por outro lado, tem-se também assistido ao desenvolvimento de programas no que respeita a formação profissional, com destaque para as acções de formação promovidas pelo Departamento de Formação Permanente do ISPA.

O estudo do comportamento humano em contextos de saúde é actualmente uma das áreas mais actuais e mais promissoras da investigação e intervenção psicológicas, procurando dar resposta a necessidades dos sujeitos na sua relação com a saúde, a doença e a deficiência e, também, a problemas colocados pelos próprios técnicos e serviços. É nesse contexto que se insere o presente estudo.

As mudanças rápidas que se operam no quadro do sistema de saúde em Portugal, nomeadamente a promoção da cooperação interprofissional, a acentuação do interesse pela promoção da saúde e prevenção de doenças, entre outras, exigem que a Psicologia da Saúde tenha um perfil claro, que influenciará decisivamente a sua implantação e aceitação por parte dos outros técnicos de saúde e dos próprios utentes dos serviços de saúde. Acresce a importância da participação de psicólogos em projectos inovadores de garantia de qualidade e saúde e prestação de cuidados continuados.

Em suma, existem diferentes áreas de intervenção possíveis e delas falaremos na alínea seguinte.

1.3. Áreas de intervenção e integração profissional dos psicólogos na saúde em Portugal

As áreas de intervenção da Psicologia da Saúde desenvolveram-se inicialmente com ênfase no tratamento da doença para, mais tarde, começarem a abordar a prevenção da doença e promoção da saúde.

Em termos de tratamento da doença, os psicólogos têm vindo a oferecer tratamentos alternativos ou complementares ao modelo médico, no sentido de intervir nas componentes psicossociais da doença. Estas áreas de intervenção incluem a intervenção na doença física (cancro), nas doenças psicofisiológicas (diabetes), nos problemas de somatização e nos problemas de hábito como o tabagismo, obesidade, alcoolismo, SIDA, etc. (McIntyre, 1994).

Outras áreas de intervenção na doença são os problemas associados à relação técnico de saúde-doente, às implicações psicológicas dos cuidados de saúde e da relação instituição-doente, e o grande problema da adesão terapêutica. Entre estas intervenções salientam-se as efectuadas com crianças e adultos que vão ser sujeitos a processos cirúrgicos, com um tipo de stress elevado devido à sua imprevisibilidade.

O ênfase da Psicologia da Saúde na saúde alargou as suas áreas de intervenção para a prevenção da doença e a promoção da saúde. Os custos elevados dos cuidados de saúde têm fomentado o interesse da Medicina e da Psicologia na prevenção da doença. Por exemplo, a intervenção dos psicólogos junto das mães e bebés em risco pode prevenir o aparecimento de problemas de saúde com repercussões a longo prazo. Outra área de prevenção relaciona-se com os comportamentos de risco para a saúde. Aqui tem especial relevância a participação dos psicólogos em programas de Educação para a Saúde visando aquisição de hábitos de saúde entre as populações mais jovens e a modificação de hábitos prejudiciais à saúde nos adultos (McIntyre, 1994).

Segundo Teixeira e Leal (1994) podemos referenciar algumas das áreas de intervenção psicológica no campo da Psicologia da Saúde:

- Neuropsicologia
- Dor Crónica
- Procedimento Cirúrgicos
- Cancro
- Doença Física Crónica e Reabilitação
- Infecção pelo VIH/SIDA
- Gravidez e Maternidade
- Pediatria
- Intervenção Psicológica na Prevenção da Doença e na Promoção da Saúde

É reconhecido no nosso país que os psicólogos têm um amplo campo de intervenção e um papel a desempenhar nos hospitais e outras unidades de cuidados de saúde. Esse papel foi igualmente reconhecido pelo Ministério da Saúde aquando da integração dos psicólogos do ramo da psicologia clínica, na carreira de técnicos superiores de saúde e regulamentação do programa de formação dos estágios profissionais desta carreira.

A integração de psicólogos na saúde mental é já uma tradição no nosso país, e actualmente, parece que os serviços de saúde como os hospitais gerais, especializados e distritais e os centros de saúde estão a proporcionar a inserção dos psicólogos. Contudo, no domínio dos cuidados de saúde primários a integração de psicólogos ainda é lenta. Daí a premência da discussão e da veiculação de informações de importância, como conhecer quais os objectivos da integração do psicólogo na unidade de saúde e quais as práticas utilizadas. Neste contexto as instituições universitárias e os órgãos profissionais do sector da psicologia (e.g. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde) têm um papel fundamental na divulgação de experiências, investigações, acções de formação e organização de eventos e publicações de interesse para a Psicologia da Saúde.

Áreas como a Pediatria e Maternidade, Sida, Toxicodependência, ou em geral os cuidados diferenciados são uma realidade em Portugal e podem ser consideradas como pontos de partida para programas de prevenção primária, apoio psicológico, orientação e suporte,

bem como as áreas da Cardiologia, Ginecologia ou Oncologia que são situações preferenciais para a intervenção pré e pós cirúrgica.

Na aplicação prática da Psicologia da Saúde ainda persiste a seguinte situação: apesar da regulamentação da formação dos psicólogos na carreira de técnicos superiores de saúde e do estatuto e título profissional estar protegido por lei, existe pouco conhecimento público sobre a área e a acessibilidade aos serviços de saúde ainda é limitada. Essa situação, contudo, não é única do nosso país; países como a Áustria, Suíça e Alemanha apresentam um panorama de desenvolvimento semelhante.

O objectivo primordial, torna-se assim, o conseguir uma aplicação mais eficaz dos modelos e teorias trazidas à luz pela investigação à prática, e tornar claro para os outros grupos profissionais de saúde as competências específicas da Psicologia da Saúde.

Descrevemos até ao momento a evolução do conceito de Psicologia da Saúde, o contexto, as áreas de intervenção e situação portuguesa neste domínio. Vamos efectuar agora uma análise breve do discurso sobre a Psicologia da Saúde (em termos bibliográficos), de forma a clarificar o estado presente da Psicologia da Saúde tendo por fonte a base de dados internacional PsycInfo da American Psychological Association.

1.4. Análise do discurso sobre a Psicologia da Saúde

Conhecer como a *Psicologia da Saúde* tem sido tratada numa perspectiva temporal e temática através das publicações existentes sobre o assunto foi o principal objectivo desta breve análise, de forma a complementar o retracto efectuado até ao momento neste trabalho.

Para atingir este objectivo, realizamos uma pesquisa bibliográfica, socorrendo-nos de uma base de dados, a PsycInfo da American Psychological Association, existente na F.P.C.E.U.P e que contém resumos da literatura mundial no domínio da Psicologia e áreas afins.

Através dos dados obtidos percebemos que a maioria das referências bibliográficas têm o formato de artigo ou capítulo, seguido do formato de livro e em menor número o formato de dissertação (texto produzido no âmbito de provas académicas). Quanto aos artigos verifica-se que pela codificação da base de dados estes podem ser do tipo comentário, revisão bibliográfica, conferências ou o que designamos por produção teórica simples (considerações teóricas várias sobre o tema).

Tendo então como objectivo analisar a evolução do discurso sobre a Psicologia da Saúde e suas temáticas, fizemos a leitura dos artigos, livros e dissertações, partindo da seguinte linha de pensamento e organização: os artigos, livros e dissertações foram analisados quanto ao ano de publicação, tema específico a que se refere e no caso das dissertações o tipo de trabalho (teórico ou empírico).

Começamos por explorar o que foi publicado em termos de dissertações durante o período de 1986 a 2002. Dos 42 textos existentes, 33 correspondem a trabalhos empíricos e somente 8 a trabalhos teóricos, o que revela um panorama de investigação na área da saúde muito mais prático do que teórico, sendo que o período compreendido entre 1995 e 1997 foi o mais rico em termos de dissertações. As temáticas centram-se na prevenção das doenças, eficácia de tratamento do âmbito comportamental, aceitação e atitudes dos médicos face aos mesmos.

Verifica-se que grande parte dos trabalhos foram efectuados na área da Medicina comportamental, onde os temas sobre formas de ajuda e complementariedade em tratamentos à doenças físicas, particularmente doenças crónicas são prioritários. De realçar que os métodos focados de tratamento são muitos deles da área da Psicologia aplicadas a saúde. Em termos conceptuais fica claro que a Psicologia da Saúde é uma área abrangente onde são integradas outras disciplinas nomeadamente a Medicina Comportamental, que utiliza variadíssimas técnicas da Psicologia para avaliação e tratamento.

Relativamente aos artigos também fica claro que o maior número de produções é feita na década de 90 em qualquer dos tipos de artigos, o que nos leva a pensar que este período foi muito importante em termos de desenvolvimento da Psicologia da Saúde em todo o mundo, apesar da maioria das publicações serem de origem americana ou anglo-saxónica. Fazendo um paralelo com o desenvolvimento da Psicologia da Saúde em Portugal verificamos que também no nosso país os anos 90 foram cruciais.

Os artigos de produção teórica sobre o tema são, sem dúvida, em maior número (354), ao contrário dos artigos de revisão de literatura bastante baixo, o que poderá indicar um certo desinteresse da comunidade científica em fazer artigos mais descritos, históricos e de revisão ou mesmo dar a ideia de que em termos evolutivos a Psicologia da Saúde ainda é uma área onde se enfatiza a investigação e principalmente muita reflexão e discussão. Prova disso mesmo é o número considerável de conferências e comentários relacionados com o tema.

Outro dado curioso refere-se ao facto de muitos dos artigos serem publicados não só em revistas ou jornais ligados à Psicologia Clínica ou da Saúde mas também à Medicina, Pediatria, Psiquiatria, Psicossomática, Psicopatologia, Sociologia e Educação, o que demonstra realmente que a Psicologia da Saúde é um campo abrangente com contribuições teóricas e empíricas de várias ciências. Contudo, é no campo da saúde versus doença que parece estar o foco de intervenção por excelência. Isto porque as temáticas predominantes em qualquer tipo de artigos referem-se a promoção da saúde, prevenção de doenças, formas de tratamento de doenças, factores de risco para a saúde física e mental em crianças e adultos.

Existem ainda poucos artigos que avaliam a intervenção de psicólogos em contexto de saúde e existem alguns que fazem a avaliação de determinados tratamentos e técnicas. Em número bastante elevado são os artigos que reflectem sobre o papel dos psicólogos e da psicologia da saúde e nas perspectivas futuras. Interessante é o facto que esta temática nos anos 90 sofreu um decréscimo relativamente aos anos 80 e que agora a partir de 2000 tem vindo novamente a ser dado importância. Em 2001, surgem uma série de artigos que comentam de forma crítica o estado actual da Psicologia da Saúde, sugerindo um repensar, nomeadamente no campo da investigação, como é o caso do artigo com um título bem sugestivo *Do we need to rethink health psychology* (Crossley & Michele, 2001).

Finalmente quanto a produção literária em formato de livro, num total de 187, nomeadamente em termos de temáticas são muito semelhantes a dos artigos e dissertações, sendo a maioria dos livros manuais de psicologia da saúde ou medicina comportamental. É esta dicotomia reflectida também nos artigos que de início sugere alguma confusão principalmente quando se pretende falar de psicologia da saúde e de psicólogos na saúde. Isto é, surge algo confuso o que é do campo da psicologia e o que é do campo da medicina comportamental. Aquilo que compreendemos depois da análise da base de dados é que apesar da psicologia da saúde estar intimamente ligada à medicina comportamental (até mesmo historicamente), não são a mesma coisa. A psicologia da saúde refere-se ao papel da psicologia como ciência e profissão no vasto campo interdisciplinar da medicina comportamental.

Após esta breve análise podemos concluir que a produção literária quanto as atitudes e visões dos profissionais de saúde face a psicologia e psicólogos na saúde é muito pouca e provem dos anos 80, apesar de actualmente estar sendo alvo da atenção de alguns estudiosos, de forma a otimizar as relações entre profissionais, promover um maior conhecimento e por fim melhorar a qualidade de vida do ser humano. Um desses estudos mais recentes (ano 2000), realizado por Gregory Rys e intitulado *The call for collaborative care: Mind/body survey of a family medicine practice*, demonstra que os médicos estão abertos a intervenções psicológicas e muitos dos inquiridos já encaminham os seus pacientes para tais intervenções, designadas por “mind/body treatments”. Esta realidade dá-nos uma visão optimista quanto ao futuro da relação da Psicologia com a Medicina, tão fundamental para todos nós enquanto pessoas saudáveis, que procuram prevenir e promover a saúde, ou enquanto doentes que procuram solucionar e aliviar o sofrimento.

De salientar um artigo de 2002 intitulado *Behavioral medicine and clinical health psychology: Introduction to the special issue, a view from the decade of behavior*, onde fazem uma revisão dos artigos publicados desde 1982 a 1992 sobre a Psicologia da Saúde e Medicina Comportamental. Os autores realçam como principal desafio o adequar as intervenções face aos vários problemas de saúde, várias populações e contextos de saúde caracterizados por rápidas mudanças tecnológicas e aumento das preocupações com custos e necessidades interventivas (Smith et al., 2002).

É com base nesta linha de pensamento que iremos de seguida abordar as representações e imagens dos Psicólogos e da Psicologia.

Capítulo 2

Imagem, Percepção e Representação Social

2.1. Introdução

O presente capítulo procura descrever alguns conceitos de extrema importância para a sustentação da nossa investigação, nomeadamente os conceitos de representação social, atitudes e imagem. É de salientar que todos estes conceitos se interligam e por vezes se confundem, dado a existência de várias teorias, sendo por vezes difícil explicá-los separadamente. Contudo, optamos por fazer uma descrição dos conceitos obedecendo a uma ordem de apresentação, partindo das representações sociais até ao conceito de atitudes.

A partir da década de 60 e principalmente 70, a investigação na área das representações sociais em situações muito distintas foi sendo realizada. Assim, procuramos a seguir percorrer alguns destes estudos fazendo uma breve introdução ao conceito, dimensões e características das representações sociais e interligação com o conceito de imagem. Como uma das dimensões das representações sociais remete para aspectos cognitivos e avaliativos, torna-se importante percebermos a ligação do conceito de atitudes com o conceito de representações sociais. Desta forma, abordaremos também no final do capítulo o conceito de atitudes, como se formam e desenvolvem, qual o seu papel e funções e qual a relação com as representações sociais.

2.2. Conceito de Representação Social e Imagem

2.2.1. Breve introdução ao conceito

Durkheim foi o primeiro teórico a referir-se a um constructo teórico próximo das Representações Sociais, das quais aliás é o impulsionador, e que é a Representação Colectiva. Ao pretender descrever a especificidade do pensamento colectivo ou social relativamente ao pensamento individual, este conceito rompe com o pensamento dominante ao assumir uma demarcada independência dos fenómenos da consciência relativamente à esfera psicofisiológica e à esfera sociocultural (Sozcka, 1988).

Tal como menciona Moscovici (1989) as representações seriam partilhadas por um determinado grupo, tendo por base uma componente subjectiva e outra colectiva, tal como o fariam com a linguagem.

As abordagens ao tema sucedem-se, com posturas diversas mas, será precisamente este autor, Moscovici, o responsável pela introdução do conceito "Representação Social", através da publicação de um estudo empírico em 1961 sobre a Representação Social da Psicanálise ("La Psychanalyse, son image et son public"). Interessa realçar os contornos gerais deste trabalho de Moscovici, que se revelou um ponto de referência neste campo. A partir da década de 70 a investigação na área das Representações Sociais apresenta um enorme aumento, analisando realidades muito diversificadas. Tomando por objecto a imagem da Psicanálise, este teórico pretende analisar as estruturas, processos e funções inerentes às Representações Sociais. Demonstra a existência de relações entre a Psicanálise e um conjunto de enunciados figurativos construídos pelos grupos de pertença social, que veiculam informações com as suas atitudes. Este conjunto constitui um modelo avaliativo de interpretação do real tendo em vista a acção. Inicialmente, Moscovici (1961) define Representação Social como uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos.

A maioria das posteriores investigações, chega aos mesmos pressupostos que Moscovici, no que respeita a esta componente avaliativa e tendência para a acção. Vejamos algumas dessas concepções.

Em 1981, Di Giacomo realizou também uma importante obra acerca das Representações Sociais e concebe que estas determinam o comportamento: "As Representações Sociais são modelos imaginários de avaliação, categorização e de explicação das relações entre objectos sociais, particularmente entre grupos, que conduzem até às normas e decisões colectivas de acção" (citado por Paez, 1987).

Outros procuram perspectivar as Representações Sociais através do processo de conhecimento. Paez (1987) menciona que "As Representações Sociais são a forma pré-sistematizada ou vulgarizada, no discurso de senso comum, das ideologias. Noutros termos trata-se do discurso ideológico não institucionalizado".

Para Jodelet (1972) "As Representações Sociais são fenómenos complexos sempre activos na vida social. Na sua riqueza fenomenal encontramos elementos diversos, os quais por vezes são estudados isoladamente: elementos informativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens, etc. Mas estes elementos estão sempre organizados como um saber que diz algo sobre o estado da realidade".

Mais recentemente, Moscovici (1984) refere que "As Representações Sociais devem ser vistas como um meio específico de compreender e comunicar o que já sabemos". Nesse mesmo ano o referido autor assume a inviabilidade para apresentar uma definição formal de Representação Social, reconhecendo que os conceitos mais interessantes, são também os mais intrincados e obscuros. Comentando esta opinião de Moscovici, Sousa (1990) afirma "A sua especificidade continua por estabelecer: a realidade das Representações Sociais é mais fácil de ser apercebida do que o próprio conceito".

As noções de Imagem e de Percepção repousam sobre uma distinção marcada entre o sujeito que imagina ou percepçiona, e o objecto que é imaginado ou percebido.

Ao combinar elementos cognitivos, uma imagem é particularmente capaz de tomar familiares objectos, pessoas ou acontecimentos, que permanecem remotos, distantes e estranhos. A imagem pode ser considerada como "uma representação mental de um objecto ausente" (Sillamy, 1964), ou como "sensações mentais, impressões que os objectos e pessoas deixam no cérebro" (Moscovici, 1988).

Para Abric (1987), a imagem é em primeiro lugar "um reflexo, mais ou menos exacto, mais ou menos elaborado da realidade exterior". Assim, a função primordial da imagem consiste na selecção e filtragem das informações recebidas pelo sujeito com vista a manter coerência interna e o controlo pelo indivíduo das suas percepções e das interpretações efectuadas. A percepção numa perspectiva clássica é um mecanismo que se pode analisar em termos de aprendizagem, distinguindo-se da imagem pela presença do objecto que causa certo estímulo aos sentidos do indivíduo, provocando uma resposta, e assumindo por isso um estatuto mais concreto.

De acordo com Sillamy (1964), a percepção é uma "conduta psicológica complexa, pela qual o indivíduo organiza as suas sensações e toma conhecimento do real". Assim, constata-se que imagem e percepção, sendo subjectivas (porque não são reprodução / cópia

do que se vê), fornecem uma visão do mundo refractada pela originalidade e singularidade do ser humano (que imagina / percepçiona), ao mesmo tempo que estabelecem uma distinção entre o observador e o observado (sujeito e objecto).

A noção de representação suprime esta distinção radical. Segundo Moscovici (citado por Abric, 1987) "a noção de representação remete para o facto de não haver corte entre o universo exterior e o universo interior do indivíduo ou do grupo, pois o sujeito e o objecto não são funcionalmente distintos". Assim, a representação surge como um todo, onde sujeito e objecto estão presentes, indistintamente ligados e interdependentes.

Com base neste pressuposto, Abric (1987) define representação como produto e processo de uma actividade mental, pela qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o real com o qual é confrontado e lhe atribui um significado específico. Esta significação resulta directamente das atitudes e das opiniões, conscientes ou não, emitidas pelo indivíduo ou pelo grupo, bem como pelas suas crenças, valores, etc.

A representação surge deste modo, como reflexo, não do objecto em si mesmo, mas das relações complexas, reais ou imaginárias, objectivas ou simbólicas, que o sujeito estabelece com este objecto. Estas relações fazem da representação um sistema simbólico organizado e estruturado, onde a função essencial é a apreensão e controle do mundo pelo sujeito, permitindo-lhe compreendê-lo e interpretá-lo. Tal concorre para uma positiva adaptação do sujeito, sendo a representação um elemento essencial na orientação dos comportamentos, pois todo o comportamento é ao mesmo tempo input e output de uma forma de o representar. Como produto e processo de uma actividade mental, a representação constitui um universo de opiniões e de crenças, organizadas à volta de uma significação central, em referência a uma dado objecto, sendo por isso não o reflexo do objecto mas uma reconstrução da realidade, em função da individualidade de quem a produziu.

De facto, face ao mundo dos objectos, das pessoas, dos acontecimentos ou das ideias, os indivíduos não estão somente equipados de automatismos, nem estão isolados na vida social, o mundo é partilhado com os outros, com o objectivo de o compreender e interpretar.

Segundo Moscovici (1988), as representações remetem para necessidades sociais, podendo ser encaradas em última análise, como o reflexo do sujeito, da sua subjectividade, ou como uma consciência social.

Para Jodelet (1991), as representações “circulam no discurso, surgem através das palavras são veiculadas nas mensagens e imagens mediáticas e cristalizada nas condutas”. Reenviando para uma “criação da realidade”, as representações remetem para um sistema de pensamento, ideologia e cultura, ao mesmo tempo que não podem ser dissociadas da condição social (valores, crenças) e da panóplia de experiências vividas pelos indivíduos. De facto, as representações exprimem aqueles (indivíduos ou grupos) que as formam e dão do objecto representado uma definição específica. Estas, ao serem partilhadas por membros de um mesmo grupo, desencadeiam uma visão consensual da realidade, a qual constitui um guia para a acção e dinâmica relacional.

Assim, as representações surgem como uma forma de conhecimento (“saber do senso comum” ou “saber naif”), socialmente elaborada e partilhada, assumindo uma visão prática e concorrente para a construção de uma realidade comum a um grupo social. Com efeito, enquanto sistemas interpretativos (apoiados em elementos informativos, cognitivos, ideológicos, crenças, valores, imagens, atitudes, etc.), que regem a relação do indivíduo com o mundo e com os outros, as representações organizam e orientam as condutas e a comunicação. Do mesmo modo, intervêm nos processos de difusão e assimilação de conhecimentos, desenvolvimento individual e colectivo e na definição de uma identidade pessoal e social. As representações remetem para uma actividade de apropriação da realidade exterior e para uma elaboração psicossocial dessa realidade assumindo-se como uma modalidade de pensamento, que ganha uma especificidade na sequência do seu carácter social. De facto, representar ou representar-se corresponde a um acto de pensamento pelo qual um sujeito se relaciona com um objecto. Este pode ser pessoa, acontecimento, ideia ; pode ser real ou imaginário, mas está sempre “presente”, visto que a representação dá a ver o objecto, torna-o presente mesmo quando está ausente.

A representação social é sempre uma representação de algo (objecto) e de alguém (sujeito), sendo que é influenciada pelas características do sujeito e do objecto em presença. Pelas representações sociais, o sujeito estabelece uma relação de simbolismo e de interpretação, conferindo um significado ao objecto representado, que resulta de uma actividade que

confere à representação um carácter de "construção" e de "expressão" do sujeito (psicológico, social, epistémico e colectivo). Esta actividade reenvia quer para processos cognitivos, quer para processos de natureza intrapsicológica .

Tal remete para o facto do indivíduo ser desde que nasce, um ser social, "sendo-o não por contingências exteriores, mas geneticamente" (Wallon, 1946), construindo o seu próprio psiquismo em interacção com o mundo e com os que o rodeiam. Segundo Piaget (1967), as "condutas humanas comportam desde o nascimento uma componente mental e social" , sendo que o "homem é um só, e todas as suas funções mentais, são igualmente sociais".

Assim, as representações surgem como um saber, desenvolvido e produzido pelo indivíduo, com base na sua experiência e que é influenciado por uma multiplicidade de factores que se podem organizar em três esferas, que constituem o background das representações sociais enquanto saber: Cultura (valores, crenças e modelos de grupo), Linguagem e Comunicação, e por fim Sociedade (contexto ideológico e histórico, estatuto e papel social).

Em suma, a representação social "assume um carácter construtivo, criativo, autónomo, que comporta uma componente de reconstrução e de interpretação do objecto e de expressão do sujeito" (Jodelet,1991), não sendo por isso uma reprodução passiva de um exterior num interior.

2.2.2. Representação Social: dimensões e características

A noção de representação social possui duas componentes intimamente relacionadas, a psicológica e a social. A primeira diz respeito ao acto de representar, enquanto acto de pensamento através do qual um sujeito se reporta a um determinado objecto. Para Jodelet (1984) "em todos os casos a representação remete para um acto de pensamento, que restitui simbolicamente qualquer coisa de ausente, que aproxima qualquer coisa de longínquo". A componente social, refere-se ao facto das categorias que estruturam e exprimem a representação serem constituídas através da influência da acção sociocultural. Esta componente remete para o papel da linguagem no processo de formação das representações sociais. De facto, tendo a mesma significação tanto para aquele que fala como para aquele que escuta, a linguagem permite representar um objecto ausente ou invisível e evocar o passado ou o futuro (Farr & Moscovici, 1984).

Assim, uma representação social deve ser abordada como uma actividade simultaneamente simbólica e cognitiva, e encarada como uma construção psíquica individual que veicula normas e valores sociais. A representação enquanto produto de uma actividade mental do indivíduo, surge como um universo de opiniões ou de crenças, ao redor de um significado central.

Ao encarar a representação como um universo de opiniões, Moscovici (1976) defende de igual modo que independentemente da natureza exacta dos seus elementos constituintes, ela pode *ser* analisada tendo em consideração três dimensões: informação, atitude e campo de representação, que também pode ser designado por imagem.

A informação reenvia para o conjunto de conhecimentos mais ou menos estereotipado que o sujeito possui, quer do ponto de vista quantitativo, quer qualitativo sobre determinado objecto social.

A atitude exprime a orientação geral, positiva ou negativa do sujeito que elabora a representação, face ao objecto representado. Ela existe sempre, mesmo no caso de uma informação reduzida ou de um campo de representação pouco organizado. É susceptível de exprimir o aspecto mais afectivo das representações, enquanto reacções emocionais do sujeito face ao objecto representado.

O campo da representação, refere-se ao modo como o conteúdo da representação está organizado e ao seu carácter mais ou menos complexo, remetendo para a ideia de imagem e de modelo social.

As representações têm um carácter concreto e abstracto, e os seus elementos têm um estatuto misto de conceito e de percepção, sendo que qualquer representação é constituída por três elementos fundamentais: um núcleo central, um conjunto de informações (e crenças organizado à volta deste núcleo) e um sistema de categorização.

O núcleo central de uma representação é segundo Abric (1987), “o fundamento da estrutura e da natureza da representação”. O mesmo autor considera que a natureza do núcleo central depende :

- da individualidade do sujeito que representa, em particular do tipo de relação que estabelece com o objecto e das suas expectativas.
- das características sociais do objecto, ou seja, da sua relação com as normas e valores do sistema social.
- da situação na qual se inscrevem o sujeito e o objecto.
- dos objectivos, implícitos ou não, do sujeito que elabora a representação.

Por outro lado, e no que se refere ao conjunto de informações, uma representação é um universo de opiniões, que remete para uma operação de selecção ou de transformação, visando os elementos não conformes à atitude geral que está subjacente à representação, e uma operação de regulação que concorra para um equilíbrio da representação, face a um mundo em constante mudança.

Por fim, o sistema de categorização é o elemento essencial da dinâmica de constituição, conservação ou evolução da representação. De facto, é a partir de um sistema de categorização preexistente (no indivíduo ou no grupo), que a representação se constitui. Assim, a função principal da categorização é permitir a descoberta, compreensão e organização da realidade, de modo a obter para a representação uma coerência interna.

Estes aspectos remetem para uma actividade complexa do sujeito face ao meio, pelo que a representação pode ser considerada como uma “actividade de reconstrução mental da realidade, pelo indivíduo” (Abric, 1987). De facto, é “explorando um mundo, pela sua essência equívoco, que os homens têm a possibilidade de atingir a verdade” (Jodelet, 1991).

Moscovici (1988) refere que a “representação social é um sistema de valores, de noções e de práticas relativas a objectos, aspectos ou dimensões do meio social que permite não só a estabilização do quadro de vida dos indivíduos e das sociedades, mas constitui igualmente um instrumento de orientação da percepção das situações e de elaboração das respostas”.

O estudo do fenómeno cognitivo faz-se a partir dos conteúdos representativos, tendo por base distintos suportes: linguagem, discurso, práticas, sem esquecer a existência, por um lado de trocas intraindividuais e por outro lado, de uma "personalidade colectiva" ou consciência de grupo.

A representação social é constituída por uma multiplicidade de parâmetros, que se conjugam para construir uma forma de saber: informações, imagens, crenças, valores, elementos culturais e ideológicos.

A génese das representações tem por base as aprendizagens sociais que ocorrem ao longo do desenvolvimento do indivíduo. Moscovici (1988) explicitou dois processos Objectivação e Ancoragem, através dos quais se forma uma representação social, isto é, o modo como o social transforma um conhecimento em representação e o modo como essa mesma representação transforma o social.

Ao nível do processo de Objectivação efectua-se um “ajustamento particular dos conhecimentos relativos ao objecto de representação” (Moscovici, 1988). A influência do social articula a representação com uma das características do pensamento social, que é tornar concreto o abstracto. Assim, e segundo Jodelet (1984), o processo de objectivação pode ser definido como “uma operação imagética e estruturante”. O processo de Objectivação, tal como é referido por Moscovici, é decomposto em três fases distintas: Construção Selectiva, Esquematização Estruturante e Naturalização.

As duas primeiras fases manifestam o efeito da comunicação e dos aspectos relacionados com a pertença social dos sujeitos, sobre a escolha e disposição dos elementos constituintes da representação. A terceira fase, dá às noções um valor de realidades concretas directamente utilizáveis na acção sobre o mundo.

No âmbito do processo de Ancoragem, não só se realiza o enraizamento social da representação e do seu objecto, como também se efectua a integração cognitiva desse objecto no sistema de pensamento preexistente. As alterações que ocorrem repercutem-se de forma recíproca, no objecto representado e no sistema de pensamento. Assim, os conteúdos e a estrutura são influenciados pelo processo de Ancoragem, que intervêm ao nível da formação das representações, assegurando a sua incorporação no social. Segundo Jodelet (1991), o processo de Ancoragem “enraíza a representação e o seu objecto numa rede de significados que permite situá-la face aos valores sociais, dando-lhe coerência”. Este processo conduz à instrumentalização de um saber, conferindo-lhe um valor funcional, na medida em que permite ao indivíduo interpretar e gerir o meio (agir sobre o mundo e os outros). Em suma, pode-se considerar que a estrutura imagética da representação torna-se, para o indivíduo, numa teoria de referência para compreender a realidade.

Para Jodelet (1984), os processos de Objectivação e de Ancoragem, estabelecem entre si uma relação dialéctica, articulando três funções de base da representação: função cognitiva de integração da novidade, função de interpretação da realidade e função de orientação das condutas e das relações sociais. A representação permite interpretar os fenómenos psicológicos, mais concretamente as operações do pensamento no contexto das interacções sociais. Os processos subjacentes à representação social permitem integrar a novidade, pelo que transformam o estranho em familiar.

“Tornar sua qualquer coisa de novo, é aproximá-la do que nós conhecemos, qualificando-a com as palavras da nossa linguagem” (Jodelet, 1984). Assim, mecanismos gerais como a categorização e a “etiquetagem”, resultam desta modalidade de pensamento, sendo orientados por uma lógica específica, e tendo por base um substrato representativo. Por outro lado, a representação social é determinada pela estrutura social na qual ela se desenvolve e reflecte a posição do indivíduo no seu meio físico e social.

Os elementos que a constituem e a sua estrutura interna permitem reconhecer as características do grupo ao qual ela se refere. Paralelamente, constata-se que utilizando uma linguagem própria, adaptada ao objecto e à realidade social, a representação social facilita a comunicação e a compreensão a um nível relacional, sendo que simultaneamente contribui para a orientação das condutas sociais.

Assim, a representação social tem como característica principal ser "produzida e engendrada colectivamente" (Moscovici, 1976). Deste modo, a representação remete para uma partilha social, supondo um processo de adesão e de participação que se aproxima da crença.

A partilha de uma mesma condição social, a qual se acompanha de uma relação com o mundo, valores e modelos de vida, produz efeitos na forma de conceber e de representar o social. Partilhar uma ideia e uma linguagem é também afirmar um laço social e uma identidade.

Douglas (1986), citado por Jodelet (1991), refere que os "grupos têm uma influência no pensamento dos seus membros e desenvolvem mesmo estilos de pensamento distintivos".

2.2.3. Posição paradigmática das Representações Sociais

Pelo que tem sido referido acerca das Representações Sociais podemos observar a complexidade deste constructo teórico, já que dinâmicas afectivas e sociais se justapõem num intrincado painel de cognições, comunicação, linguagem, entre outros elementos. Temos que considerar então, uma abordagem que se refere tanto ao aspecto constitutivo das Representações, como ao seu significado. Processos e produtos são assim dois factores indissociáveis, que apenas são entendidos em conjunto. Daí que não se possa apontar com absoluta certeza e unanimidade qual a natureza das Representações Sociais.

Contudo, Paez e colaboradores (1987) em muito baseados nas pesquisas de Moscovici, constituem a sua natureza, referindo a informação, o campo de representação e a atitude. Os dois primeiros elementos seriam variáveis de sujeito para sujeito, ou entre grupos

conforme os critérios específicos a cada um. O terceiro elemento está sempre presente, mesmo que os outros anteriores se apresentem desorganizados ou com qualquer outro déficit.

A Atitude tem como função representar o objecto, manifestando a avaliação positiva ou negativa, situando-o relativamente a determinados critérios.

Mas há que separar as matérias, não as confundindo e distinguir representações sociais de meras opiniões, significa admitir que as primeiras se encontram estruturadas relativamente à ideologia ou orientação de um certo grupo; comportam elementos emocionais relativos ao objecto e finalmente as opiniões aqui geradas tomam forma em comportamentos compatíveis.

As representações sociais não se limitam a ditar esquemas interpretativos do real por intermédio da teoria cognitivista, está em causa também uma transformação da realidade social, com os seus diversos componentes. E a este propósito Sousa (1990) preconiza que a investigação acerca das implicações destes componentes afectivos, sociais e ideológicos não está ainda concluída. Este autor defende que, na sua maior parte das vezes o modelo das representações sociais é na sua aplicação contraditório e incompleto, extrapolando o senso-comum, conferindo-lhes orientações distintas da representação do real impossíveis de generalizar e teorizar.

Vimos anteriormente que as atitudes fazem parte integrante do processo de construção e mudança das representações sociais. Assim, iremos a seguir explicar melhor o conceito de atitudes, como se formam e desenvolvem, qual o seu papel, funções e a sua relação com as representações sociais.

2.3. Conceito de Atitude

2.3.1. Atitude - Preconceito - Estereótipo

A atitude pode ser encarada como uma “combinação de conceitos, informação verbal e emoções, que resultam numa predisposição para responder favorável ou desfavoravelmente face a um grupo de pessoas, ideias, acontecimentos ou objectos” (Jones, 1984) .

Assim, a atitude surge como designando um estado psicológico que predispõe a pessoa para a acção. Enquanto comportamento, a atitude tem subjacentes cinco características: actor específico, acção específica, contexto específico, momento específico e uma meta específica. Ou seja, face a uma determinada atitude, é colocada a seguinte interrogação: Quem faz o quê, a quem, onde, quando e porquê ?

Para Triandis (1971) a atitude “é uma ideia carregada de emoção, que predispõe um conjunto de acções a um conjunto particular de sistemas sociais”. Esta definição comporta três dimensões, que correspondem às distintas componentes das atitudes: ideia (componente cognitiva), emoção subjacente à ideia (componente afectiva) e predisposição para a acção (componente comportamental).

A componente cognitiva reflecte os pensamentos à cerca do objecto da atitude, assumindo um cariz perceptual, informativo ou estereotipado. Esta componente remete para o modo como é designado e definido o objecto de atitude, pelo sujeito que “pensa, sente e age”.

É de referir que as pessoas agem de modo distinto ao mesmo estímulo, em parte porque o entendem e sentem de formas diferentes, de acordo com a sua individualidade psicossocial e experiências vividas. Por outro lado, os indivíduos podem associar aos estímulos, objectos de atitude (pessoas, acontecimentos, ideias) determinadas crenças, valores e normas sociais que irão afectar, de forma mais ou menos profunda, mais ou menos directa a sua atitude.

A componente afectiva remete para o sentimento de agrado ou desagrado, experimentado pelo sujeito face ao estímulo ou objecto da atitude. Um objecto de atitude está no centro de uma rede de pensamentos, e cada elemento dessa rede tem associado a ele, um determinado grau de emoção, positivo ou negativo, mais ou menos intenso. Assim, “o afecto ou emoção associado ao objecto de atitude depende da intensidade das conexões entre os elementos cognitivos e as emoções a eles inerentes” (Jones, 1984). De facto, os indivíduos não podem pensar, sem sentir alguma emoção.

Sendo um ser criativo, que procura dar sentido ao seu mundo e às suas experiências, o homem avalia continuamente o mundo e tudo o que o rodeia. Para Triandis (1984) “é porque os homens desenvolveram a capacidade de avaliar o mundo, de forma mais ou menos exacta, que a humanidade tem sobrevivido ao longo dos tempos”.

A componente comportamental da atitude diz respeito aos comportamentos ou actos, que o sujeito evidencia face ao objecto de atitude, surgindo associada a esta componente um importante conjunto de crenças, que de forma mais ou menos directa influencia a acção. Assim, as atitudes podem ser definidas como um estado psicológico que predispõe a pessoa para agir, em resposta a uma classe específica de pessoas, objectos, ideias. As atitudes assumem formas distintas, sendo expressão do carácter psicossocial do sujeito que as evidencia.

A forma extrema de uma atitude negativa, designa-se por Preconceito, considerado por Klineberg (1968, citado por Jones, 1984) como um “estádio alcançado antes da recolha e análise dos dados relevantes”. O preconceito tem uma componente conceptual (ideias do sujeito acerca de grupos, pessoas), componente afectiva (as emoções subjacentes) e a componente comportamental (predisposição para agir de acordo com as ideias e as emoções).

A componente conceptual do preconceito é expressa pelo uso de estereótipos que remetem para a atribuição de características auto seleccionadas aos diferentes grupos de indivíduos (Tajfel e Thomas, 1978).

Tajfel e Thomas (1978) descreveram os estereótipos como uma relação entre um conjunto de atributos que variam num contínuo de dimensões e uma classificação descontínua.

O preconceito é frequentemente encarado como produzindo uma aparência de ordem, assumindo um papel importante na organização do mundo exterior por parte do indivíduo. Eles são adquiridos através do processo de assimilação envolvido na aprendizagem, da identificação com o grupo social de pertença e da aceitação da avaliação efectuada por esse grupo face ao exterior.

De facto, os indivíduos não têm experiências directas com todos os objectos de atitude, mas limitadas, pelo que a maioria das suas atitudes é formada nas escolas, na família ou então é baseada no que os outros lhe transmitem (informação veiculada). Assim, um dos aspectos mais determinantes no desenvolvimento das atitudes e na aceitação de preconceitos e estereótipos, remete para a informação transmitida ao sujeito ao longo do seu processo de socialização e de formação, assumindo neste contexto um papel relevante a informação veiculada pelos mass media.

2.3.2. Formação e desenvolvimento das atitudes

As atitudes não aparecem completamente desenvolvidas na criança, sendo aprendidas gradualmente através da experiência e do contacto que a criança estabelece com o mundo que a rodeia. Com efeito, as atitudes não são inatas, mas são aprendidas através da interacção com os objectos sociais e em contextos e situações sociais. Enquanto tal, as atitudes reflectem determinada interacção e objectivo, sendo passíveis de mudança. De acordo com Proshansky (1966) as “atitudes começam a tomar forma aos três ou quatro anos de idade, quando a criança começa a desenvolver o sentido de self e aprende a distinguir o Eu dos Outros” (Jones, 1984). Segundo o mesmo autor, aos 4 anos, 84% das crianças negras e brancas têm consciência das características físicas que distinguem as duas raças. Por outro lado, entre os 4 e os 7 anos de idade, para além de estarem conscientes das diferenças intergrupais, as crianças desenvolvem atitudes “rudimentares” com o recurso a algumas palavras, pré-conceitos e frases.

Na escola, as atitudes desenvolvem-se com a organização de novos conceitos, sendo que a criança progressivamente aprende a diferenciar os distintos estímulos que recebe do meio, internalizando-os no seu sistema cognitivo. Assim, à medida que se desenvolve a criança começa a diferenciar e identificar os seus afectos, cognições e tendências comportamentais, face aos distintos estímulos / objectos de atitude.

Jones (1984) refere a importância para o processo de formação das atitudes de vários factores : hereditariedade, fisiologia, instituições (escola, família e influência parental durante o processo de crescimento da criança), experiências directas (contactos ou acontecimentos traumáticos) e a comunicação social (experiências indirectas que assumem um papel muito importante nomeadamente ao nível da mudança de atitudes, e cujo objectivo é informar os indivíduos).

A atitude pode ser considerada como uma equação em que existem três dimensões - input, processo e output. A primeira dimensão, input, remete para as experiências vividas pelo indivíduo, as quais podem assumir um carácter directo ou indirecto. De facto, o indivíduo como ser social que é, está continuamente em interacção com o meio que de forma directa ou não, influencia o seu processo de desenvolvimento. Segundo Tajfel e Thomas (1978), as atitudes são aprendidas de três formas. Assim, o indivíduo pode “interiorizar as atitudes exibidas pelos outros significativos (na sua vida), adquirir determinadas atitudes a partir de uma vivência particular (por vezes associada a algum acontecimento traumático ocorrido na sua vida) ou pode desenvolver as suas atitudes a partir do seu contacto com o meio social envolvente”. Jones (1984) refere que os inputs que afectam a formação das atitudes devem ser considerados tendo por base três factores, nomeadamente a pessoa que apresenta a informação, a natureza da informação apresentada e o meio pelo qual a informação é comunicada. Estes factores são designados por fonte, mensagem e canal respectivamente.

A segunda dimensão, processo, reenvia para a reestruturação cognitiva interna, que o indivíduo efectua e que permite interpretar as suas *emoções*, concepções e experiências passadas, relacionando-as com o estímulo percebido.

A terceira e última dimensão, output, relaciona-se com a resposta do indivíduo ao estímulo / objecto, que pode ser expressa verbalmente como opinião, ou comportamentalmente. O output, remete para a atitude enquanto estado psicológico, ao qual está associada uma emoção, uma cognição e uma acção.

Estes aspectos estão patentes na abordagem que Allport efectua do conceito de atitude e esta surge como “um estado mental, organizado pela experiência e que exerce uma influência directiva e dinâmica sobre a resposta dos indivíduos a todos os objectos e situações com a quais se confronta” (Allport, 1935).

As atitudes estão em contínua mudança, porque os indivíduos adquirem sempre informação e experiências novas que se relacionam com o objecto em questão. Assim, as atitudes não são estáticas, estando em constante mudança, influenciando as relações intragrupais e intergrupais, e surgindo como o reflexo da sociedade, num dado momento histórico e cultural. No entanto, e tal como refere Tajfel e Thomas (1978), algumas atitudes estão firmemente enraizadas, podendo ser legitimamente encaradas como um traço de personalidade e sendo vigorosamente resistentes à mudança.

As atitudes podem-se desenvolver em três contextos motivacionais: procura de significado, conformidade com o grupo de pertença ou necessidade do ego, assumindo uma função de defesa do indivíduo, sendo que quanto mais profundas forem as bases para uma atitude, maior resistência à mudança será exibida pelo indivíduo.

2.3.3. Papel e função da Atitude

A atitude, enquanto fenómeno cultural é o reflexo do carácter psicossocial do indivíduo transmitindo as suas emoções, crenças, valores, face a determinado objecto de atitude. Enquanto tal, a atitude tem um papel importante a desempenhar na vida social do indivíduo, gerindo as cognições, emoções e acções, experimentadas pelos indivíduos face a diversos objectos - grupos, ideias ou acontecimentos.

De acordo com alguns autores, podem ser atribuídas às atitudes, funções distintas, que salientam o papel determinante que estas assumem na vida do indivíduo, enquanto ser social e psicológico.

Esta análise funcional foi desenvolvida por Katz (1960, in Triandis, 1984), sendo que ele discute a existência de 4 funções primordiais das atitudes, que denomina de: conhecimento, ego defensiva, adaptativa e expressão de valores. Assim, podemos dizer que as atitudes ajudam os indivíduos a:

- Compreenderem o mundo envolvente, organizando o complexo sistema / conjunto de estímulos presentes no meio e com os quais é constantemente confrontado. Com efeito, o indivíduo procura ao longo da sua vida, organizar o mundo que o rodeia, com o objectivo de o compreender e interpretar de forma positiva. Desde o nascimento que o indivíduo interage com o meio, recebendo desde estímulos que interpreta e organiza, e desenvolvendo desta forma o seu psiquismo.
- Protegerem a sua auto estima, visto poderem encobrir "verdades desagradáveis ou pensamentos desadequados".
- Ajustarem-se a um mundo complexo, de modo a que eles desenvolvam comportamentos adequados às situações vividas.

- Expressarem os seus valores fundamentais, visto que reflectem a individualidade do indivíduo, ou seja, as suas crenças, valores, normas, sentimentos. Deste modo o indivíduo, ao assumir uma atitude específica face a um objecto, num determinado contexto e momento, está a expressar-se. Assim ele reflecte-se na atitude, no comportamento exibido e que é determinado pelas suas opiniões, cognições e emoções por ele experimentadas.

2.3.4. Atitude e Representação Social

Ao representar, o indivíduo faz apelo às informações relativas ao objecto e às suas crenças e atitudes, criando uma nova imagem do objecto. Ou seja, a representação permite compreender a realidade através do seu próprio sistema de referência e desenvolver uma actividade de assimilação e apropriação da realidade.

Para Doise (1991) as “representações sociais são sempre tomadas de posição simbólicas, organizadas de forma distinta, sendo influenciadas pelas relações e dinâmicas sociais, e constituindo o principio organizador das relações que se estabelecem entre os actores sociais”. Neste estudo, as atitudes são consideradas como uma das componentes da representação social. Esta elabora-se através das relações de comunicação estabelecidas entre os actores sociais, reflectindo uma diversidade de factores, como por exemplo as crenças, sentimentos, percepções (o que dificulta o seu estudo e a sua abordagem) .

As atitudes são um mecanismo psicológico, estudado em relação ao mundo social e em conjunção com os valores sociais e crenças. Thomas e Znanieck (1918, in Doise, 1991) relacionam as atitudes psicológicas com os valores sociais. Estes são considerados como elementos próprios de um modo de vida colectiva, enquanto que as atitudes são vistas como tendências para agir, igualmente objectivas e observáveis, mas próprias dos indivíduos. Assim, as atitudes surgem como a vertente psicológica de uma realidade, na qual a vertente social é constituída pelos valores e crenças.

O estudo das atitudes remete para vários factores (Jones, 1984), sendo de seguida referidos alguns deles, de forma sucinta:

- Sujeito: Remete para o actor específico que exhibe um comportamento específico (quem tem / manifesta determinada atitude).
- Objecto : Remete para o alvo da atitude / comportamento exibido pelo sujeito (sobre o quê ou quem é a atitude) .
- Contexto: Remete para vários aspectos que influenciam a atitude e o comportamento exibido pelo sujeito face ao objecto. Por exemplo a existência ou não de contacto com o objecto de atitude e a disponibilidade de informação sobre o outro (em que condições é expressa a atitude, do sujeito face ao objecto). Algumas abordagens tendem a maximizar as diferenças, ou seja o "lado visível" da doença. No entanto, as atitudes baseiam-se em algo mais do que o conhecimento do objecto, sendo influenciadas por outras informações relativas ao objecto de atitude.
- Influências: Este factor remete para vários itens que influenciam o tipo de atitude exibida pelo sujeito face ao objecto-profissão como por exemplo o psicólogo (quais os determinantes das atitudes). Por exemplo, a experiência com esses profissionais, atitude face à profissão, compreensão da realidade vivida por esta população e suas características.
- Consequências : O quinto factor a considerar no estudo das atitudes remete para as suas consequências (quais os efeitos da atitude), assumindo-se que atitudes mais favoráveis e positivas face à Psicologia conduzem a comportamentos mais adequados e desejáveis. As consequências podem ser a vários níveis: comportamento com os psicólogos, sentimentos exibidos quando em situação de interacção, participação e apoio em equipas interdisciplinares, e integração a nível profissional.

Vimos que as atitudes podem influenciar a relação entre grupos profissionais e consequentemente a imagem e representação social dos mesmos.

Não pretendemos neste trabalho um apoio na noção de Representações Sociais, mas consideramos que as representações sociais são uma influência no determinar de acções colectivas, que se desenvolve em torno de possibilidades de comunicação e de compreensão ao nível do colectivo.

Assim, vamos de seguida analisar e fazer uma revisão de estudos anteriores sobre as representações sociais, imagens ou atitudes face aos psicólogos e à Psicologia, passando também por tentar compreender a relação médicos/enfermeiros e psicólogos e qual a imagem dos psicólogos e da Psicologia ao longo dos tempos e perante estes grupos profissionais.



Capítulo 3

Representações Sociais dos psicólogos e da Psicologia

3.1. Introdução

Até agora efectuamos uma análise de temas como Atitudes e Representações Sociais. Mas este trabalho não ficaria completo sem uma abordagem ao modo como a Psicologia tem sido encarada através da sua actividade. Na literatura, os autores estudam esta perspectiva como “Public Image”. E parece importante clarificar este termo, que não é traduzível para a língua portuguesa numa única palavra. Numa interpretação literal teríamos – imagem pública, termo que à partida poderia parecer conotado, em certo sentido, com uma perspectiva comercial, ou comercializável dos serviços psicológicos. Esta seria uma visão deturpada.

O significado deste conceito pretende evidenciar e analisar as relações que a Psicologia, como ciência conseguiu estabelecer com os grupos com os quais se relaciona, nomeadamente, com os profissionais de saúde. A intenção é conhecer o impacto da Psicologia nas suas diversas aplicações junto de determinadas populações, no caso deste estudo da população médica e enfermeiros, com o intuito de reflectir sobre a prática profissional, se aproximar e potencializar os recursos às necessidades do contexto de intervenção. Direccionada em particular para questões relacionadas com a saúde, dentro desta linha de acção alguns trabalhos (Farberman, 1997, Koocher, 1996; Webb, 1989) apresentam propostas para a alteração de estratégias de aproximação à comunidade.

Estas iniciativas ocorrem depois de se verificar que persiste um diálogo cruzado, não conciliador ou inteligível entre ambas as partes – a população e o discurso psicológico (Levinton, 1996, citado por: Farberman, 1997). O objectivo está sempre uma melhor compreensão da Psicologia e da intervenção dos psicólogos e das suas aplicações, partindo das próprias noções de determinada população, analisando para tal as suas crenças, atitudes, comportamentos e tudo que permita uma perspectiva mais global.

A informação encontrada deste assunto é na sua maioria de origem americana, salvo raras excepções. Com este facto, não pretendemos afirmar que esta é uma questão exclusivamente no domínio da investigação americana, o que seria completamente falso. Tanto mais que data dos anos 60 uma obra basilar neste âmbito, da qual derivaram inúmeros trabalhos, teve origem na Europa intitulando-se “La Psychanalyse et son public”

de Serge Moscovici (citado por Farberman, 1997). No entanto os dados recentes que se reuniram têm a sua origem nos Estados Unidos da América.

Mas existem motivos para que tal tenha acontecido. Desde o início do século que se tem dado enfoque ao modo como a Psicologia era percebida pelo seu público (Benjamin, Jr, 1986), mas a questão tem sido actualmente revista e recentemente proposta por Wood, Jones e Benjamin (1986, citados por Raviv & Weiner, 1995). Através dos seus trabalhos neste campo estes autores pretenderam avaliar as atitudes, crenças e níveis de conhecimento das populações quanto à Psicologia, nos últimos quarenta anos. As conclusões não demonstraram resultados bem sucedidos junto da Psicologia e dos psicólogos. Remetendo para as reacções às primeiras experiências realizadas no domínio da Psicologia como ciência académica, Benjamin, Jr. (1986) refere citando exemplos do princípio de século que, os laboratórios de Psicologia eram tidos como lugares de purificação mental, onde ocorriam fenómenos telepáticos e outras actuações místicas. Esta noção prevalece, ainda que com diferente impacto nos nossos dias, de resto à semelhança do que acontece com outras áreas que trabalham com psíquico e o mental, como é o caso dos psiquiatras.

Nos anos que se seguiram à Primeira Guerra Mundial, a Psicologia sofre uma alteração brusca na sua imagem. O desempenho desta disciplina durante a guerra demonstrou ser extremamente útil ao nível da preparação e selecção militar, bem como no acompanhamento psicoterapêutico dos veteranos de guerra (Benjamin, Jr, 1986). Deste modo houve necessidade de responder às necessidades existentes, bem como se oferecia um terreno fértil para explorar diferentes contextos de aplicação psicológica.

Vemos então que a popularidade e aceitabilidade da Psicologia enquanto orientada para a prática, está ela também dependente das coordenadas económicas e sociais de cada época. Temos por isso um bom desenvolvimento da Psicologia nos EUA nos anos vinte, em grande parte devido às boas condições económicas. Por outro lado, na Europa o domínio da Psicologia circunscrevia-se à actividade académica e à experiência clínica não difundidas. Sabemos também que a área da Saúde Mental era já ocupada pela Psiquiatria, área da qual a Psicologia vai ter necessidade de se demarcar.

A partir dos anos cinquenta, com o contributo efectivo junto das populações das teorias comportamentalistas, existencialistas e psicanalítica, nascem modelos clínicos diferentes de abordagem ao sujeito.

A Psicologia com campo teórico próprio vai então ocupando progressivamente o domínio cultural, pela literatura e artes em geral; o domínio social através das suas teorias, aplicação na selecção, na orientação profissional da saúde e em propostas de novos modelos educativos. A sua vertente ecléctica será precisamente o ponto de discórdia.

Num trabalho datado de 1984, Kimble afirma mesmo a existência de duas culturas de suporte que oferecem duas visões estanques da Psicologia. Uma baseada numa vertente científica, outra numa vertente humanista (Benjamin, Jr., 1986). E apesar de incongruente, porque ambas as perspectivas estariam relacionadas com o discurso científico, vários autores defendem que é nesta dicotomia que se baseia o problema irresolúvel da identidade da Psicologia.

Parece não ser claro para a população, que uma ciência com origem eminentemente teórica, transcenda as academias e invada outros domínios (Smith, 1990). Alguns paradigmas ficam então sem resposta. A Psicologia constitui-se então como uma ciência ou uma profissão? Tem como objecto o homem ou os grupos? E como afirma que a noção dos interesses e características privadas de cada um pode beneficiar a comunidade e também a sua própria saúde? Direcção-se previligiadamente para a acção social, para a educação, para as áreas relacionadas com a saúde?

No conjunto as grandes críticas questionam que a Psicologia possa estar em todo lado e em lado nenhum. A Psicologia é uma ciência relativamente recente que veio romper com o panorama existente, através da sua lente própria para observar o homem em todas as suas actividades. E sendo uma ciência moderna, o seu discurso inovador não é de imediato assimilado e aceite, como é natural. Mas como alerta Smith (1990) é necessário prestar atenção aos factos que perturbam e deturpam a relação da Psicologia como a população, nomeadamente, a relação entre psicólogos e profissionais de Saúde, através de manifestações activas tanto individuais ou colectivas que respondam aos problemas existentes. É o que iremos abordar na alínea seguinte.

3.2. Relações entre médicos/enfermeiros e psicólogos

No âmbito da investigação sobre a Psicologia Clínica, sabemos que a sua relação com os outros profissionais, em contexto de saúde, não tem sido fácil. Mas tal não acontece por falta de uma ou outra profissão, mas porque as tradicionais competências e responsabilidades atribuídas a cada um desses profissionais também necessitaram de mudança. Ainda que com os seus núcleos científicos e técnicos intactos, os profissionais de Saúde tinham um novo desafio, o trabalho comunitário desenvolvido em equipas, que começa a expandir-se a partir dos anos 60 e que foi em grande medida responsável por este fenómeno.

Blum e Redlich (citados por Schindler et al, 1987) referem-se à cessação desses estereótipos, onde os psicólogos eram responsáveis pela testagem, os psiquiatras pelos tratamentos com fármacos, os enfermeiros como auxiliares na medicação e os assistentes sociais como responsáveis pela rede de suporte social do doente.

Em simultâneo, como complemento ao tratamento com fármacos, surgem crescentes alternativas psicoterapêuticas orientadas por profissionais não relacionados com a Psiquiatria ou a Medicina em geral.

Como refere Schindler e al.(1987), os padrões de doença e saúde são questionados e propõem-se diferentes modelos onde intervêm profissionais com papéis, funções e objectivos distintos dos anteriores.

Segundo Leal (2000) a confusão ao nível do senso comum e, muito mais grave ao nível de estudantes, alguns profissionais e dos próprios serviços de saúde que frequentemente relacionam Psicologia Clínica e Psiquiatria assenta, por um lado, naquilo que são as raízes históricas e condições de emergência da Psicologia e, por outro lado, à própria circunstância da Medicina psiquiátrica que neutralizou num dado momento do seu percurso as teorias e os modelos psicopatológicos. A questão da Psicologia, mais particularmente da Psicologia Clínica, como pertença da saúde mental tem ajudado a alimentar uma desagradável confusão entre competências e limites de intervenção de diferentes técnicos, influenciando, por vezes, as próprias relações de trabalho.

Assim tornou-se necessário, e ainda é necessário, que os profissionais de saúde como os psicólogos, médicos e enfermeiros se esforcem para atingir e se adaptarem a uma lógica de trabalho multidisciplinar. Contudo, tal como afirmam Blum e Redlich (citados por Schindler, 1987), os conflitos em profissões interdisciplinares são inevitáveis, principalmente quando os objectivos terapêuticos são semelhantes e as condições profissionais, remunerações e status são desiguais.

Num estudo social realizado em Portugal sobre *Saberes e Poderes no Hospital* (Carapinheiro, 1994), os autores definem o cenário hospitalar como uma “encruzilhada de diferentes modelos de acção profissional, assentes nas competências e saberes de múltiplas profissões, os universos sociais dos serviços são uma rede densa de tensões, conflitos e negociações entre diferentes projectos de definição de pertença hospitalar”. Este estudo também revela que a posição relativa de poder de cada serviço é largamente determinado por formas estratégicas do poder médico. Esta realidade condiciona a partida a relação entre profissionais que ultrapassa já os naturais conflitos interdisciplinares.

Segundo a autora (Carapinheiro, 1994) “o processo de transferência de funções para a organização hospitalar” corresponde apenas a uma etapa da racionalização do trabalho, a que se segue, para o caso de algumas funções, a necessária automatização, criando novas categorias profissionais. Um dos exemplos dados foi o caso dos farmacêuticos, contudo os psicólogos tem uma situação muito próxima em termos de carreira, porém a necessidade de automatização das nossas funções e consequentes serviços de Psicologia, ainda não é sentida em muitos hospitais do nosso país. E se o contexto hospitalar, apesar das actuais mudanças, parece ser dominado pelo *Saber e Poder* médico, para os psicólogos e Psicologia, área recente nesse contexto, é importante favorecer as relações e mostrar a necessidade das suas intervenções. Seguindo esta posição Sanderson et al. (1997) refere que os psicólogos necessitam “forçar” alianças com várias especialidades médicas para uma melhor pratica psicológica nos contextos de saúde.

Verificamos, então, que após todas as mudanças ocorridas no campo da saúde e após a formação da Medicina, passou-se a dar uma maior atenção às necessidades psicossociais dos utentes (McDaniel, 1995). Cada vez mais se verifica uma solicitação por parte dos utentes dos serviços de saúde e uma maior sensibilização dos outros técnicos de saúde,

para a necessidade do psicólogo nesses mesmos serviços (Ludovino, 1990). Neste contexto, os psicólogos passaram a ter novas oportunidades de colaborar, com os médicos na promoção de cuidados de saúde para os utentes e suas famílias (McDaniel, 1995).

O modelo de intervenção do psicólogo enquanto técnico no sector da Saúde, pressupõe um modelo de colaboração próprio, em que o psicólogo assume um papel generalista, responsável pela contextualização da problemática, tanto ao nível psicológico ou social como ao nível do problema de saúde (Pereira, 1996). Na perspectiva de vários autores (Bloch, 1988; Lewis & al., 1991; McDaniel & al, 1992; Stabler, 1988; todos citados por Pace & al., 1995), as oportunidades para uma colaboração activa entre médicos e psicólogos em termos de investigação, aprendizagem e prática são numerosas.

Os médicos, em geral, estão habituados a lidar com problemas de ansiedade, depressão, doença psicossomática, abuso de álcool e drogas, etc., e tal como, algumas investigações sugerem, estes tendem a resolver estes problemas sem consultar um psicólogo ou um psiquiatra. Um estudo (Verhaak & Wemí, 1990, citado por Pace & al. , 1995) revelou que 47% das queixas dos pacientes são percebidas, pelos médicos, como envolvendo uma componente psicossocial. Estes resultados sugerem que os médicos tratam frequentemente problemas que contêm componentes somáticas e psicológicas, e cerca de 90% dos sujeitos deste estudo dizem receber serviços psicológicos do seu médico, através de conforto e consolação, mas nunca psicoterapia.

Na sequência destes estudos nos EUA, foi questionado o custo-eficiência, do facto dos médicos se encarregarem da maioria dos cuidados de saúde mental e comportamental e estes sugeriram, que a integração de psicólogos nos cuidados de saúde mental e comportamental, servirá de melhor forma os interesses dos pacientes (Wright & Bums, 1986; citados por Pace & al., 1995).

Todos estes elementos nos levam a supor, como seria importante e vantajosa uma eficiente cooperação entre o psicólogo e médico. Contudo podemos também supor que existam obstáculos à colaboração entre ambos, dos quais devemos tomar conhecimento e tentar ultrapassar. Este assunto assume máxima relevância, se pensarmos no papel dos outros profissionais de saúde, particularmente médicos e enfermeiros, nos cuidados de saúde e em

quão importante se torna o desenvolvimento de relações profissionais eficazes com estes técnicos de saúde, para uma fácil integração dos psicólogos nas equipas técnicas dos hospitais e/ou centros de saúde.

Há autores (Bray & Rogers, 1994, citado por Carland, 1995) que referem que o médico tende a isolar-se na sua cultura profissional, partindo do pressuposto que os outros técnicos de saúde concebem a sua cultura e prática profissional, do mesmo modo que eles. Estas diferenças culturais entre médicos e psicólogos, tornam a comunicação e a colaboração mais difícil, a não ser que estas diferenças sejam compreendidas e consideradas na prática.

De acordo com os autores atrás referidos, as principais diferenças entre médicos e psicólogos, residem no facto de ambos terem formações culturais muito distintas. Os médicos e também os enfermeiros (embora estes sejam mais flexíveis) são “treinados” de acordo com um modelo biomédico, onde estão estabelecidas relações hierárquicas bem definidas e segundo o qual o principal objectivo é o de curar as doenças e aliviar os sintomas do paciente; por sua vez os psicólogos recebem formação numa área de posições teóricas, que enfatiza explicações decorrentes de múltiplos modelos teóricos; os psicólogos são “treinados” para questionar tudo e para tolerar incertezas e ambiguidades no seu trabalho.

Algumas das diferenças na formação e nas perspectivas teóricas dos psicólogos e médicos foram revistas por alguns autores (Glenn, 1987; Ross & Doherty, 1988; Wood, 1991; citados por Pace & al., 1995) e concluíram, que a diferença mais significativa entre ambos se relaciona com as divergências dos métodos científicos, ao nível da sua formação.

Devido a esta diferença fundamental ao nível da orientação, as expectativas podem ser incongruentes, por exemplo, no que se refere ao tipo de informação que se espera de um psicólogo. De acordo com a sua perspectiva, o médico espera do psicólogo esclarecimentos claros e recomendações ao nível da intervenção. Por sua vez, o psicólogo, dá maior importância ao modo como uma avaliação é conduzida, dando particular atenção às características interpessoais e experienciais do paciente (Stanbler, 1988; citado por Pace & al., 1995).

Obviamente, há uma grande diferença entre psicólogos e médicos no que se refere à formação ao nível das bases biológicas, psicológicas e sociais do comportamento, da saúde e da doença. Embora muitos médicos se orientem pelo Modelo de Saúde Biopsicossocial e se preocupem com o bem estar psicológico dos seus pacientes, o seu conhecimento e experiência na saúde mental e comportamental é muitas vezes limitado, não se podendo comparar com a perícia e experiência da maioria dos psicólogos (APA, 1994; Campbell & al., citado por Pace & al., 1995).

Estas diferenças na formação e nas perspectivas teóricas, poderão afectar o relacionamento dos psicólogos com os médicos em contextos de saúde, de várias formas. A linguagem pode surgir como uma barreira significativa para a colaboração, pois como sabemos os termos médicos são na maioria das vezes incompreensíveis para quem não tenha formação médica, assim como alguma linguagem utilizada pelos psicólogos o é para os médicos (McDaniel, 1995). Neste sentido, é importante que os psicólogos que trabalham com os médicos compreendam alguns termos médicos, assim como não devem hesitar em pedir aos médicos esclarecimentos acerca do diagnóstico médico e dos respectivos tratamentos, para que eles e os seus pacientes possam ficar suficientemente esclarecidos (McDaniel, 1995).

Talvez a diferença mais clara nos diferentes estilos com que exercem as suas profissões, seja o uso do tempo, pois enquanto um psicólogo gasta 50/60 minutos com a maioria dos pacientes, os médicos gastam 10 a 20 minutos.

Como consequência, um médico trata quatro ou cinco vezes mais pacientes do que um psicólogo. Torna-se importante que os psicólogos sejam sensíveis ao facto de que para o médico, o tempo é um elemento precioso (McDaniel, 1995; Haley, 1998).

Stabler (1988; citado por Pace & al., 1995) propôs uma conceptualização de potenciais problemas que resultam das diferentes formações de psicólogos e médicos. Do ponto de vista dos psicólogos há da parte dos médicos uma falta de confiança para implementar consultas psicológicas. Por sua vez os médicos sentem falta de informação relativamente ao papel das mesmas. Para promover a confiança, o autor propõe que o psicólogo poderá transmitir ao médico que este terá tomado a decisão correcta ao consultá-lo, deverá

envolver o médico na recolha de informação de um determinado caso (por exemplo entrevistas conjuntas) e manter o médico informado acerca de informações e observações relevantes.

Não deixa de ser importante que o psicólogo trate dos seus casos pronta e eficazmente e que encoraje um relacionamento que facilite a comunicação e promova a clarificação da terminologia, do diagnóstico, do procedimento ou tratamentos que possam ser menos compreensíveis para algumas das partes.

Devido ao seu contacto com a Psiquiatria, é compreensível que os médicos e enfermeiros possam associar o papel dos psicólogos ao dos psiquiatras; consequentemente, o psicólogo pode ser entendido como alguém que faz o diagnóstico.

Outra concepção errada que os médicos podem ter em relação aos psicólogos, é considerá-los só como terapeutas ou terapeutas familiares (Pace & al, 1998).

Como se sabe o aconselhamento e os testes psicológicos são uma parte importante das responsabilidades do psicólogo. Contudo ainda existe um certo estigma por parte da classe médica que leva a ignorar a vasta função do psicólogo. Os psicólogos não são formados do mesmo modo que os médicos, em teorias biológicas, diagnóstico ou tratamentos, mas recebem uma grande formação numa vasta área de teorias psicológicas e fundamentos sociais do comportamento humano (APA, 1994).

Através da discussão de assuntos mútuos, partilha de literatura e da promoção da prática conjunta e de oportunidades de investigação, bem como da interacção e da partilha de responsabilidades; os psicólogos, médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde poderão aprender a compreender-se e a respeitarem-se mutuamente (Pace & al., 1995; Pereira, 1996).

O processo de colaboração entre psicólogos e médicos abarca também a discussão e acordo em saber quais os tipos de pacientes que mais beneficiariam com uma intervenção psicológica. Nesta fase é importante que o psicólogo crie expectativas realistas sobre os benefícios e limitações de uma intervenção psicológica.

Segundo Carland (1995), após algumas entrevistas realizadas a médicos sobre quais os critérios de diferenciação que utilizavam para referenciar um paciente a um psicólogo ou psiquiatra, verificou que para um médico indicar um paciente ao psicólogo ou psiquiatra este teria que apresentar problemas emocionais significativos que não respondessem ou que o médico considerasse que não responderiam à sua intervenção médica. Os médicos indicam um paciente a um psiquiatra quando sentem que a medicação é necessária e quando acham que o seu conhecimento sobre a medicação poderá ser insuficiente. Os médicos preferem indicar um psicólogo quando têm a certeza que os factores emocionais e psicológicos são relevantes. A excepção pode acontecer em casos de situações psicossomáticas, em que primeiro tentam verificar todas as hipóteses médicas e só depois encaminham para o psicólogo esperando que este convença o paciente da força que os factores psicológicos exercem sobre ele.

Alguns factores dificultam o relacionamento dos médicos com os psicólogos e consequentemente a indicação por parte dos médicos dos seus pacientes a um psicólogo. Um desses factores é a escassez de psicólogos nos serviços de saúde e quando existem os próprios psicólogos têm dificuldades em mostrar os seus conhecimentos. Outro factor é que os médicos sabem que os serviços de um psicólogo externo é dispendioso e não participado.

Os hospitais e centros de saúde, entre outros serviços de saúde, são e historicamente sempre foram controlados pela ciência médica. Segundo Miller e Swartz, (1990), os psicólogos poderão sentir-se em desvantagem nesse contexto, uma vez que não possuem conhecimento sobre, por exemplo, doenças que os médicos possuem, permitindo por vezes uma diminuição do valor do seu trabalho e conhecimento para o bem estar e harmonia das relações com outros profissionais de saúde, sentindo-se numa posição pouco vantajosa em termos de “poder”. Tais problemas não aparecem ou não se desenvolvem se o ambiente de trabalho for um verdadeiro trabalho de equipa caracterizado por uma comunicação aberta e liderança partilhada. Embora o trabalho de equipa seja o ideal, a realidade mostra que o mais comum é ser o médico o “capitão da equipa” que é visto como o responsável último pela saúde do paciente.

Segundo Carland (1995), após algumas entrevistas realizadas a médicos sobre quais os critérios de diferenciação que utilizavam para referenciar um paciente a um psicólogo ou psiquiatra, verificou que para um médico indicar um paciente ao psicólogo ou psiquiatra este teria que apresentar problemas emocionais significativos que não respondessem ou que o médico considerasse que não responderiam à sua intervenção médica. Os médicos indicam um paciente a um psiquiatra quando sentem que a medicação é necessária e quando acham que o seu conhecimento sobre a medicação poderá ser insuficiente. Os médicos preferem indicar um psicólogo quando têm a certeza que os factores emocionais e psicológicos são relevantes. A excepção pode acontecer em casos de situações psicossomáticas, em que primeiro tentam verificar todas as hipóteses médicas e só depois encaminham para o psicólogo esperando que este convença o paciente da força que os factores psicológicos exercem sobre ele.

Alguns factores dificultam o relacionamento dos médicos com os psicólogos e consequentemente a indicação por parte dos médicos dos seus pacientes a um psicólogo. Um desses factores é a escassez de psicólogos nos serviços de saúde e quando existem os próprios psicólogos têm dificuldades em mostrar os seus conhecimentos. Outro factor é que os médicos sabem que os serviços de um psicólogo externo é dispendioso e não participado.

Os hospitais e centros de saúde, entre outros serviços de saúde, são e historicamente sempre foram controlados pela ciência médica. Segundo Miller e Swartz, (1990), os psicólogos poderão sentir-se em desvantagem nesse contexto, uma vez que não possuem conhecimento sobre, por exemplo, doenças que os médicos possuem, permitindo por vezes uma diminuição do valor do seu trabalho e conhecimento para o bem estar e harmonia das relações com outros profissionais de saúde, sentindo-se numa posição pouco vantajosa em termos de “poder”. Tais problemas não aparecem ou não se desenvolvem se o ambiente de trabalho for um verdadeiro trabalho de equipa caracterizado por uma comunicação aberta e liderança partilhada. Embora o trabalho de equipa seja o ideal, a realidade mostra que o mais comum é ser o médico o “capitão da equipa” que é visto como o responsável último pela saúde do paciente.

Perante tais complexidades os psicólogos precisam de ser apropriadamente assertivos no que respeita à sua intervenção, recomendações aos pacientes, avaliações, relatórios (que deverão ser apropriados e feitos a tempo) evitando extremos de passividade ou agressividade, de forma a maximizar as suas contribuições para a saúde do paciente e enraizar a sua presença nos serviços de saúde e alterar atitudes ou imagens erradas face ao seu papel e funções.

No âmbito mais particular das relações da Psicologia com a Enfermagem estas poderão ser naturais “aliadas”. Infelizmente, não tem havido muita cooperação entre as duas profissões, principalmente ao nível das intervenções clínicas. Contudo, se olharmos para as aspirações e interesses de ambas disciplinas verifica-se que tem muito em comum, nomeadamente no campo da prevenção, saúde materno-infantil, gravidez na adolescência, entre outros.

Factores como o nível educacional/académico, uma tradição organizacional e estrutural onde os enfermeiros se vêem mais ligados a uma aliança com a Medicina, podem ser justificativas para alguma dificuldade no relacionamento dessas duas profissões (DeLeon et al., 1985).

Nos sistemas da Medicina e dos cuidados de saúde, quer sejam diferenciados como primários, uma equipa interdisciplinar reúne médico, enfermeiros, psicólogos e outros técnicos de saúde interessados em como a doença afecta os pacientes e as suas famílias e em como estas afectam a doença. A colaboração entre médicos/enfermeiros e psicólogos é a “chave” deste sistema de compreensão para melhor se intervir na variedade de problemas dos cuidados de saúde.

Em suma, uma intervenção colaborativa e holística nos cuidados de saúde, e a partilha da responsabilidade de utentes com problemas difíceis, beneficia o médico, o psicólogo, o utente e a família.

Perante este panorama, parece-nos importante analisar a imagem dos psicólogos e da Psicologia.

3.3. Imagem dos psicólogos e da Psicologia

O problema da imagem dos psicólogos tem sido uma preocupação de longa data, principalmente a imagem pública dos psicólogos.

Nos anos 80, vários estudos foram feitos. Em 1986, Wood, Jones e Benjamim e, mais tarde, Montin (1992) referem que o público tem atitudes favoráveis sobre os psicólogos mais ainda pouco conhecimento sobre o campo de intervenção da Psicologia e “virtualmente” não compreendem o impacto que a Psicologia poderia ter em suas vidas. Os autores concluem que sem uma melhor compreensão do trabalho dos psicólogos, a Psicologia continua vulnerável a pessoas que persistem em acreditar que a ciência e prática comportamental produzem poucas coisas de valor.

Webb e Speer (1986), usando a estratégia de protótipos de profissões, realizaram um estudo das atitudes de estudantes de Psicologia face a psicólogos, médicos, enfermeiros, entre outros. Os resultados revelaram uma atitude favorável face aos psicólogos que são vistos de uma forma muito similar aos psiquiatras e distantes dos cientistas. Contudo, Fontaine et al. (1993), referem que o público se sente melhor em procurar em primeiro lugar o psicólogo do que o psiquiatra, sendo as razões mais evocadas para procura a depressão, problemas relacionais e de comportamento e aprendizagem nas crianças. No entanto, o profissional de saúde mais procurado, e sempre em primeiro lugar, é o médico, nomeadamente de clínica geral.

Segundo um estudo realizado por Farbeman (1997), a maior parte das pessoas não sabem explicar as diferenças entre os diferentes tipos de serviços de saúde mental e geralmente são ignorantes quanto à intervenção única dos psicólogos. Apesar de terem uma melhor informação sobre os psiquiatras, estes também têm uma imagem mais negativa em comparação com os psicólogos, em que a imagem é muito positiva. Como solução para a falta de conhecimento sobre os psicólogos o público responde que será importante que os psicólogos mostrem histórias reais de como ajudaram pessoas com problemas de vida reais (de saúde, familiares, escolares, trabalho etc.).

Mais recentemente, em 1998, England e Druray realizaram um estudo sobre as atitudes sobre a Psicologia em comparação com outras disciplinas da saúde (na população em geral e em estudantes de Medicina), revelando que ambos os grupos consideram a Psicologia e a Sociologia menos importantes para sociedade do que a Biologia, Medicina, Química ou Física. Concluíram que as pessoas associam a Psicologia com a saúde mental e doenças mentais e não distinguem a Psicologia Clínica de outras profissões ligadas a saúde mental, nomeadamente os psiquiatras, o que para os autores poderá ter implicações práticas no trabalho do psicólogo nos cuidados de saúde. Será benéfico para a imagem da Psicologia que os psicólogos estejam preparados para apresentar evidências relevantes sobre a eficácia dos seus métodos. Os autores deste estudo acreditam firmemente que a resposta para o problema da imagem pública da Psicologia é enfatizar a sua cientificidade, sendo claro que nem todos os psicólogos concordam com esta opinião. Muitos autores sugerem que não é apropriado para a Psicologia, em geral, e para a psicoterapia, em particular, aspirarem a ser uma ciência (Rogers, 1995; Nadelson, 1996). De alguma forma parece que alguns psicólogos são os primeiros a não concordarem sobre a natureza da nossa disciplina, o que torna difícil convencer outros do que temos para oferecer. Mesmo depois de duas décadas e face aos estudos anteriores, a descrição de Hartmann (1970) sobre a identidade profissional dos psicólogos pode ainda ter significado: “o papel do psicólogo na sociedade e sua identidade ainda não está suficientemente definida. Por enquanto, ainda lida com uma série de problemas relacionados com a sua profissão e a afirmação da mesma. A profissão médica, na sua milenar tradição está firmemente ancorada na sociedade atribuindo-lhe valor e papel no sistema; os psicólogos, onde a ciência e prática profissional não é mais antiga do que um século, ainda estão à procura da sua identidade profissional e seu estabelecimento na sociedade”.

Pelo facto da identidade profissional dos psicólogos ser contraditória não é surpreendente que os problemas em definir a imagem dos psicólogos apareçam, nomeadamente no campo da saúde, muitas vezes não estando esta imagem dissociada da área da saúde mental e Psiquiatria (Franco, Sousa, Teixeira e Leal, 1992).

A Psicologia tem tentado estabelecer-se nos contextos de saúde nos últimos anos. Contudo, são poucos os estudos preocupados com a relação médico/psicólogo. Uma revisão da literatura psicológica existente, revela que poucos são estudos que abordam a percepção dos médicos sobre o papel da Psicologia na Medicina, apesar de existirem alguns artigos sobre o papel das ciências e problemas comportamentais para a prática médica. Contudo, estes artigos estão muito orientados para a educação médica e a maioria dos psicólogos parecem desconhecer esta literatura.

Liese (1986) realizou um estudo onde tentava perceber a percepção dos médicos face ao papel da Psicologia na Medicina. Verificou que existem problemas de saúde que são percebidos como tendo mais componente psicológica do que outros, nomeadamente a depressão, alcoolismo, obesidade e dores de cabeça. Os problemas médicos vistos como tendo menos componentes psicológicas foram o cancro, doenças do coração e artrite. Conclui, em primeiro lugar, que os psicólogos podem esperar cooperação e suporte dos médicos aquando sua entrada em serviços de saúde; em segundo lugar que os médicos estarão mais receptivos à intervenção psicológica em algumas áreas da saúde e em alguns problemas médicos ou doenças (por exemplo, dores de cabeça, e ao contrário, não estão tão receptivos se for uma doença do coração). Em terceiro lugar, os médicos estão interessados em promover eles próprios intervenções psicológicas e parecem ansiosos para aprenderem estratégias reais e efectivas através dos psicólogos. Finalmente, este autor refere que a classe psicológica beneficiaria com o crescente diálogo com os médicos, bem como outros profissionais de saúde, porque tal actividade facilitaria a nossa entrada nos contextos de saúde, predominantemente médicos.

Face aos estudos anteriores, parece haver, ainda, uma grande falta de informação sobre as funções dos psicólogo na saúde, bem como dificuldades de comunicação/relação entre os psicólogos e outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, sendo a nossa imagem ainda muito associada com a psiquiatria, pouco compreendida e, por vezes, questionada em termos de eficácia e até mesmo cientificidade.

O presente estudo, de seguida, passará a descrever a metodologia aplicada que teve por objectivo compreender melhor a questão da imagem dos psicólogos e da Psicologia, tendo por base a visão dos outros profissionais de saúde, utilizando, num primeiro momento um questionário onde se valoriza a opinião pessoal e não tanto profissional dos médicos e enfermeiros face a Psicologia e psicólogos e as atitudes para o qual se efectuou uma análise de frequências e estatística; e num segundo momento, ou seja, na recolha final dos dados, um questionário onde se avaliam as funções dos psicólogos na saúde e um conjunto de doenças em termos de existência de componentes psicológicas.

II - ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 4

Metodologia

4.1. Introdução

Para caracterizar este trabalho, tal como qualquer outro, o experimentador tem que definir o seu estudo através do número de conhecimentos relevantes que contribuem para o problema a que está ligado. Neste caso, não é possível partir de hipóteses explícitas que se tenham que testar, mesmo nessa eventualidade elas não conseguiriam predizer o resultado do estudo.

Por essa razão este é um estudo exploratório, através da recolha de numerosos dados acerca das representações sociais (onde estão incluídas a imagem, atitudes e crenças) podendo-se descrever que efeitos foram encontrados numa amostra específica. O instrumento que se pretende construir (Questionário) servirá para descrever os efeitos alcançados.

Como variáveis de controlo, inclui-se a idade, sexo, profissão e o local de trabalho dos participantes.

De seguida iremos descrever e explicar o método do presente trabalho, composto por três partes: a construção do instrumento, o procedimento de recolha e a caracterização da amostra.

4.2. Instrumentos

Uma vez que são poucos os estudos preocupados com a relação entre médicos/enfermeiros e psicólogos e sua imagem enquanto profissionais de saúde, não nos foi possível encontrar nenhum instrumento de medida aplicável à imagem dos psicólogos no sistema de saúde. Desta forma, para atingir os objectivos propostos neste trabalho (determinar e descrever qual a imagem dos psicólogos na saúde), efectuamos a construção de um questionário, tentando avaliar o que os médicos e enfermeiros de dois hospitais distintos (um numa zona rural e outro numa zona urbana) pensam dos psicólogos e suas funções, bem como que áreas da saúde e doença consideram mais ligadas à Psicologia.

O processo de construção do instrumento foi moroso, e passou por diferentes fases de desenvolvimento. Passemos, então a explicar cada uma das fases, expondo o processo de construção dos instrumentos, os procedimentos e amostras, bem como a análise dos dados e suas conclusões.

4.2.1. Entrevista

4.2.1.1. Construção do instrumento

No presente trabalho as entrevistas realizadas tiveram por objectivo recolher informação sobre as funções, o papel e a importância dos Psicólogos e da Psicologia na Saúde, através de questões colocadas directamente a médicos e enfermeiros. Foram elaboradas 4 questões abertas. Na primeira pergunta pedia-se para dizer quais as funções do Psicólogo que trabalha na área da saúde; a segunda qual a importância que atribui a essas funções; a terceira qual o papel do Psicólogo como membro de uma equipa de saúde e finalmente a quarta pergunta pedia uma definição de Psicologia da Saúde. Face a escassez de instrumentos sobre o tema e carácter subjectivo e complexo do mesmo, optamos por fazer entrevistas aos profissionais de saúde possibilitando maior abertura e proximidade com os intervenientes, quer em termos de questões quer de respostas.

4.2.1.2. Procedimento e Amostra

As entrevistas foram realizadas no Hospital Distrital de Vila Real a 3 médicos e 3 enfermeiros, com idades compreendidas entre 40 e 50 anos, sendo dois do sexo masculino (um médico e um enfermeiro) e quatro de sexo feminino (duas médicas e duas enfermeiras). Em termos de serviços e especialidades médicas distinguem-se: Pedopsiquiatria, Nefrologia e Pediatria. Dos enfermeiros nenhum tem especialidade, mas dois trabalham no serviço de Pediatria e um no serviço de Nefrologia.

Todas as entrevistas decorreram em salas individuais dos serviços, não havendo problemas de ruídos ou interrupções. Contudo, todos os profissionais entrevistados referiam que não poderiam ficar muito tempo, sendo o tempo médio de duração de cada entrevista de aproximadamente 15 minutos. Apesar da disponibilidade dos entrevistados sentimos alguma dificuldade em recolher mais informações, o que nos levou a analisar os dados obtidos e pensar em novas formas de recolha.

De seguida passamos a analisar os dados, através de uma análise qualitativa de conteúdos e tiramos algumas conclusões.

4.2.1.3. Análise dos dados e conclusões

Relativamente a primeira questão a maioria dos entrevistados caracterizavam as funções de um psicólogo em serviços de saúde como assistencial, ou seja, de acompanhamento, apoio e orientação aos doentes e familiares. Quanto ao grau de importância dessas funções, a maior parte concorda ser muito importante. O papel do psicólogo numa equipa de saúde é visto como de colaboração no tratamento do doente, novamente acentuando a função assistencial e de apoio. Contudo esta colaboração na equipa é, na maioria, conceptualizada tendo o médico como coordenador. Este facto também é descrito por Miller e Swartz (1990), ao analisarem o predomínio da ciência médica em contextos de saúde e seus efeitos na comunicação e liderança em equipas multidisciplinares. Os autores, referem que o mais comum é ser o médico o coordenador da equipa e o responsável último pela saúde do paciente. Por fim, e perante a última pergunta, a maior parte dos entrevistados demonstraram algum desconhecimento, não sabendo mesmo o que responder, situação agravada pela falta de tempo, pois nesta fase da entrevista os profissionais verbalizaram muitas vezes que tinham que ir embora.

Factores como tempo, disponibilidade e dificuldade de acesso aos profissionais, fez com que pensássemos noutro método de recolha de dados que fosse mais rápido e de mais fácil acesso. Além disso, pareceu-nos que os entrevistados não tinham muita informação para nos dar, parecendo também terem pouco interesse em discutir o tema e até parecendo sentir-se algo desconfortáveis. Por vezes, como as questões eram abertas respondiam com

conteúdos que nada tinham a ver com os objectivos das questões parecendo quererem “fugir” ao tema. Desta forma, foi elaborado um questionário que passamos a explicar de seguida.

4.2.2. Primeiro Questionário

4.2.2.1. Construção do Instrumento

Tomando como ponto de partida as perguntas realizadas nas entrevistas, elaboramos um questionário constituído por dois grupos de questões das quais pretendíamos recolher informação para caracterização da amostra e dados sobre o papel, as funções e importância dos Psicólogos e da Psicologia na saúde.

Assim, na parte inicial do questionário incluímos os itens: idade, sexo, especialidade médica ou de enfermagem e serviço onde trabalha no hospital. A segunda parte é constituída por quatro perguntas abertas (permitindo a liberdade de resposta ao técnico) onde se avalia a visão dos profissionais de saúde sobre quais as funções do Psicólogo na área da saúde, qual a sua importância, qual o seu papel numa equipa de saúde e o que é a Psicologia da Saúde.

4.2.2.2. Procedimento e Amostra

Deslocamo-nos ao mesmo hospital, e recolhemos dados de três enfermeiros e dois médicos: os 3 enfermeiros eram do sexo feminino com 42 e 43 anos (respectivamente um e dois casos), com especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica (um) e Reabilitação (dois), encontrando-se a trabalharem em serviços ligados a sua área de especialidade: Pediatria, ortopedia e Medicina. Os dois médicos tinham 40 e 45 anos, um do sexo masculino, outro do sexo feminino, a trabalharem em serviços das suas especialidades: Medicina Interna e Ortopedia.

Tanto as entrevistas como estes questionários foram aplicados de forma informal no meio hospitalar, o que dificultou quer o acesso aos profissionais, bem como, no caso do presente questionário a demora na entrega dos mesmos. Assim, conseguimos entregar um total de 15 questionários, distribuídos por 7 médicos e 8 enfermeiros de diferentes especialidades e serviços, dos quais foram devolvidos apenas 5 (anteriormente caracterizados), após alguma insistência, uma vez que havia sempre o argumento que as perguntas exigiam muita escrita e se estávamos autorizados a passar os questionários na instituição. Com a presente amostra efectuamos uma análise qualitativa dos conteúdos, que descrevemos de seguida.

4.2.2.3. Análise dos dados e conclusões

Após análise qualitativa dos dados, agrupamos as respostas num conjunto de categorias: 1ª categoria – Papel e Funções do Psicólogo na Saúde, subdividida em: Apoio, Acompanhamento e orientação dos doentes, familiares, Acompanhamento/Formação aos profissionais de saúde e mediação na relação médico-doente; 2ª categoria – Grau de Importância, que varia entre muita, média e pouca e 3ª categoria – Definição de Psicologia da Saúde, subdividida em: sem resposta e ciência que estuda os problemas derivados da doença e de adaptação.

Verificamos que todos os inquiridos consideram como sendo papel do psicólogo desempenhar funções de apoio aos doentes e familiares, contudo somente um considera que este apoio, aliado a uma componente formativa, deve estender-se à equipa de técnicos de saúde. Também só um dos inquiridos referiu como função do psicólogo na saúde a mediação na relação médico-doente. Quanto ao grau de importância desse papel e funções, a maioria refere como muito importante. Por fim, na última questão, ou seja, como poderá ser definida a Psicologia da Saúde, somente dois profissionais responderam definindo-a como uma ciência que estuda os problemas derivados da doença e da adaptação do doente a mesma. Dos que não responderam, um deixou a questão em branco e dois referiram que não sabiam.

Novamente, tivemos dificuldades em obter resposta aos questionários por partes dos médicos e enfermeiros, quer por razões externas (tempo de resposta e a informalidade do processo), quer por razões internas (perguntas abertas de respostas longas). Contudo, podemos tirar algumas conclusões dos dados anteriores, principalmente, se tivermos em consideração os dados obtidos com as entrevistas realizadas no mesmo contexto. Os dados sugerem-nos que parece haver um consenso quanto a visão de que a principal função do psicólogo na saúde e numa equipa de saúde será o apoio a doentes e familiares, no que se refere aos problemas de adaptação a doença. Parece haver também sinais de abertura, particularmente na classe de enfermagem, quanto ao papel formativo que um psicólogo pode desempenhar na saúde. Outro dado importante é o facto desses profissionais terem pouco conhecimento sobre o que pode ser a Psicologia da Saúde, sendo pouco conceptualizada e percebida em termos de área disciplinar no campo da saúde. Estas conclusões entram em consonância com grande parte dos estudos realizados até a data sobre a imagem dos psicólogos (Liese, 1986; Wood, Jones & Benjamim, 1986; Montin, 1992; Pace & al, 1995; Carland, 1995; Farbeman, 1997; England & Druray, 1998), principalmente no que se refere à falta de informação e ideias erradas sobre as funções e áreas de intervenção da Psicologia na Saúde, o que poderá ter implicações práticas no trabalho do psicólogo neste contexto.

Uma vez que os nossos dados são pouco conclusivos, devido ao número da amostra e as limitações persistem, optamos por uma segunda forma de avaliação da Imagem dos Psicólogos na Saúde, que passou pela construção de um segundo questionário.

4.2.3. Segundo Questionário

4.2.3.1. Construção do Instrumento

Tendo em conta os resultados anteriores e após pesquisa bibliográfica mais extensa de estudos relacionados com o objecto de investigação e que em termos de método facilitassem o processo de recolha de informação, encontramos dois estudos (nos quais nos apoiamos para a construção do questionário) efectuados por Montin (1995) e por Friedlmayer e Rossler (1995) por estarem mais próximos do objecto da nossa investigação.

Isto é, também procuraram avaliar as atitudes, imagem, ideias e crenças relacionadas com as funções dos psicólogos e papel da psicologia. Outro factor relevante de escolha foi a data de realização, pois eram os mais recentes dentro da nossa pesquisa.

A partir destes instrumentos e atendendo aos nossos objectivos, começamos a caracterizar os inquiridos, perguntando as idades, sexos e especialidades. Em seguida, começamos por elaborar 4 grupos de questões de escolha múltipla, que têm em comum referirem os grupos profissionais (assistente social, psicólogo, professor, médico e padre). O grupo 1, dividido em três questões, o 2 dividido em duas e o grupo 4 dividido em três questões que se relacionam com crenças e graus de valorização profissional. Quanto ao grupo 3, este é composto por 15 afirmações de “situações-problema” de ordem familiar, profissional e de saúde. Os grupos de questões 5, 6, 7, 8, 9 e 10 procuram avaliar, novamente, aspectos de valorização profissional, bem como a importância, o conhecimento e formas de conhecimento dos sujeitos face a psicologia e os psicólogos. O último grupo tem apenas uma questão que optamos por ser aberta (permitindo a liberdade de resposta ao inquirido), e refere-se a forma de conceptualização da Psicologia da Saúde que face aos resultados dos instrumentos anteriores, existência de falta de informação e ideias confusas sobre o tema, consideramos importante neste questionário. De seguida passamos a descrever para cada grupo de questões a forma da sua elaboração e objectivos.

Assim, no primeiro grupo quisemos saber qual o profissional que consultaria em primeiro lugar quando tem problemas, não sendo especificado que tipo de problemas, de forma a obtermos respostas menos condicionadas, depois qual consultaria em situação de depressão ou ansiedade e por fim qual o que tem maior conhecimento sobre o comportamento humano, apontando como opções os grupos profissionais já referidos. As duas últimas questões foram baseadas no estudo de Montin (1995), bem como as profissões disponíveis para escolha, devido a serem profissões frequentemente relacionadas ao campo profissional e de intervenção da psicologia. No grupo 2 temos uma questão múltipla com duas opções de escolha, em que se questionava a quem pediria ajuda em primeiro lugar caso tivesse problemas, se era aos amigos ou a um psicólogo. Isto porque face aos estudos anteriormente mencionados os resultados são um pouco contraditórios. Montin (1995) verificou que as pessoas acham melhor irem ao psicólogo, Rossler e Friedlmayer (1995) referem que usualmente as pessoas discutem melhor os seus problemas com os amigos.

Consideramos, assim, importante perceber a visão dos nossos sujeitos nesse sentido.

Um dos grandes objectivos deste trabalho é saber o que profissionais de saúde pensam ser as funções de um psicólogo. O grupo 3 refere-se a isso mesmo, sendo composto por um conjunto de 15 situações relacionadas com funções profissionais, em que os sujeitos escolhem quem é o profissional mais competente para os ajudar. Incluímos funções como a orientação vocacional e profissional, fazer sondagem de opinião, selecção de empregados, analisar o Q.I. (coeficiente de inteligência), dar tranquilizantes, ajudar em casos de depressão e saúde mental, de dificuldade no casamento, no controle e recuperação do alcoolismo, na elaboração de uma campanha de sensibilização ao tabagismo, em situações de doença física prolongada, problemas do sono, no controle da ansiedade antes de uma cirurgia ou exame e ajudar na alteração de hábitos alimentares perante situações de doenças como a diabetes. Todas as situações descritas foram sugeridas por Motin (1995) e Rossler e Friedlmayer (1995), exceptuando os itens sobre o tabagismo, doença física prolongada, problemas de sono, ansiedade pré cirurgia ou exame e alteração de hábitos alimentares. Como o estudo que teve por base a construção do presente questionário era um trabalho sobre a imagem pública dos psicólogos, não aprofundaram funções relacionadas ao campo da saúde, que para nós são de extrema importância face ao nosso objectivo. Assim, procuramos inserir algumas funções possíveis de exercer pelo psicólogo em contexto de saúde, nomeadamente contexto hospitalar, com base no que é descrito na bibliografia sobre áreas de intervenção da Psicologia da Saúde. As respostas a este grupo são de formato fechado, tal como as anteriores, podendo o sujeito escolher, neste grupo, entre 10 possibilidades, ou seja, dez profissionais, sugeridos por Montin (1995) que são: enfermeiro, padre, assistente social, economista, engenheiro, professor, psicólogo, psiquiatra e médico.

Nas questões seguintes (4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10) ocupámo-nos dos dados sobre as atitudes e caracterização do conhecimento dos sujeitos face aos psicólogos e a psicologia, que passamos a pormenorizar. Assim, no grupo 4 tentamos saber qual a profissão que preferiam que o filho seguisse, qual a mais científica e por fim qual a mais valorizada pela sociedade, dando por opções de escolha as mesmas profissões referidas no grupo anterior. No grupo 5 inserimos afirmações alternadas, sugeridas por Montin (1995), quer para caracterizar o conhecimento e crenças dos sujeitos quer para avaliar as atitudes dos

mesmos face aos psicólogos. Para cada afirmação as respostas eram dicotómicas (concordo ou não concordo). As afirmações passam por saber se os psicólogos são importantes em serviços como prisões, hospitais, centros de saúde, clínicas e empresas, bem como abordam ideias pré concebidas que por vezes a população pode ter face aos psicólogos, como por exemplo, se estes são capazes de ler os pensamentos das pessoas. De seguida elaboramos a questão 6, em que tentamos saber se os sujeitos recomendariam alguém para consultar um psicólogo, questão de extrema importância visto a nossa amostra ser composta por médicos e enfermeiros e o trabalho do psicólogo estar muitas vezes dependente desta recomendação e interação.

Nas questões 7 e 8 tentamos saber de onde vem o conhecimento sobre os psicólogos e em que situação tiveram contacto com um psicólogo, se este for o caso. A questão 9 procura saber se este contacto teve algum impacto significativo na sua vida, com respostas fechadas do tipo sim ou não. Elaboramos a seguir o grupo 10, composto por 3 questões de resposta fechada, em que tentamos saber qual a impressão, grau de conhecimento e opinião sobre a competência profissional dos psicólogos, através de uma escala qualitativa, tipo Likert, que varia de muito má, má, média, boa até muito boa. As questões anteriores foram também sugeridas por Montin (1995) e Rossler e Friedlmayer (1995). Por fim, através de uma questão de resposta aberta, quisemos saber o que pensam sobre a Psicologia da Saúde, de forma a confirmar ou não os resultados retirados dos instrumentos anteriores, uma vez que este instrumento devido às suas características (nomeadamente respostas mais fechadas) permite termos um aumento do número de pessoas inquiridas. A necessidade desta pergunta também advém do facto de consideramos importante saber o que profissionais de saúde sabem e pensam sobre uma área científica ainda muito recente no nosso país e que por experiência profissional consideramos ainda pouco conceptualizada por estes profissionais.

Todo o arranjo gráfico do questionário foi feito de forma a tornar a apresentação mais agradável e a facilitar as respostas dos sujeitos, sendo os grupos de perguntas organizados em tabelas, solicitando para cada item uma resposta que fosse dada na tabela específica de cada grupo de questões.

De seguida, iremos explicar o procedimento de recolha de dados e caracterizar nossa amostra.

4.2.3.2. Procedimento e Amostra

Para o processo de recolha dos dados, foi conseguida autorização, por parte do Conselho de Administração do Hospital Distrital de Vila Real, para a aplicação do questionário, possibilitando um aumento de sujeitos inquiridos, perfazendo um total de 60. Assim, deslocamo-nos bastante vezes ao hospital para entregar os questionários em alguns dos seus diferentes serviços. O processo de entrega e recolha foi longo, principalmente o de recolha, visto os profissionais demorarem um pouco na sua devolução. Os questionários depois de preenchidos eram entregues aos chefes de serviços que posteriormente entregavam a uma enfermeira supervisora que posteriormente e amavelmente os devolveria. Desta forma conseguimos recolher 60 questionários, o que consideramos bastante positivo.

A nossa amostra foi constituída por 34 médicos e 26 enfermeiros, em que 30 eram do sexo masculino e 30 do sexo feminino, possuindo idades que variavam dos 26 aos 55 anos, estando a maioria no intervalo dos 40 a 50 anos de idade. Quanto a especialidade, a maior parte encontrava-se a trabalhar em serviços de medicina interna, ortopedia e pediatria.

Assim e com os dados recolhidos, efectuamos uma análise de frequências das questões de respostas fechadas, inserindo-as em quadros de frequências para cada grupo de perguntas. Para a questão de resposta aberta, efectuamos uma análise de conteúdo de onde surgiram quatro categorias de interpretação de respostas, que são: categoria 1 – Valorização da psicologia da saúde; categoria 2- Objectivos e funções da psicologia da saúde; categoria 3 – Concepção da pratica psicológica em contextos de saúde e categoria 4 – Sugestões. Na primeira categoria inserimos os dados relativos a valorização, como: muito ou pouco importante, na segunda categoria relativos aos objectivos e funções, como: apoio, avaliação psicológica, na terceira categoria relativos a concepção da pratica, como: pouco integrada, ausente ou subaproveitada e por fim, na última categoria ficaram as respostas onde eram dadas sugestões, nomeadamente de intervenção e divulgação. Posteriormente,

analisamos os resultados e tiramos algumas conclusões que de uma forma condensada e com alguns comentários irão ser descritos a seguir.

4.2.3.3. Análise dos dados e conclusões

No que respeita a apresentação dos dados e conclusões vamos seguir a mesma estrutura utilizada nos anteriores instrumentos, onde expomos os resultados através de uma análise de frequência de cada questão e posterior interpretação, articulando sempre que possível com as conclusões retiradas dos instrumentos anteriores, com o nosso quadro teórico e com os objectivos de estudo. A única alteração será no realce inicial dado, a negrito e itálico, a algumas conclusões.

Os psicólogos são considerados os técnicos que mais entendem sobre o comportamento humano, contudo não são os mais procurados para resolução de problemas, nomeadamente no caso de depressão ou ansiedade.

O quadro 3 e 4 apresentam os resultados do primeiro e segundo grupo de questões, compostos por quatro perguntas de múltipla escolha. Verifica-se que na opinião da maioria dos médicos e enfermeiros, os psicólogos são os profissionais com maior conhecimento sobre o comportamento humano (total de 43), bem como os médicos são os primeiros a serem consultados em caso de problemas, nomeadamente no caso de depressão ou ansiedade (total de 44), ao contrário dos estudos de Montin (1995) em que são os médicos os profissionais vistos como tendo maior conhecimento sobre a natureza humana e no segundo caso são os psicólogos e não os médicos os técnicos mais procurados em caso de depressão e ansiedade. Parece, assim, que na nossa amostra apesar dos psicólogos serem vistos como profissionais com elevado conhecimento na área do comportamento humano, não implica que sejam os mais procurados em situações, nomeadamente casos de depressão ou ansiedade, onde este conhecimento é vital para a solução das mesmas.

Quadro 3 – *Frequências de respostas do grupo 1.*

1- Na sua opinião:	Assistente Social	Psicólogo	Professor	Médico	Padre	Sem resposta
1.1- Quando alguém tem problemas, que profissional começaria por consultar?	5	8	1	26	1	19
1.2- Que profissional consultaria em caso de depressão ou ansiedade?	0	14	0	44	0	2
1.3- Quem é o profissional com maior conhecimento sobre o comportamento humano?	0	43	0	9	1	7

Os psicólogos são em primeiro lugar associados a funções no âmbito da orientação vocacional e profissional de jovens, exame psicológico, como por exemplo a medição do Q.I. (coeficiente de inteligência), seguido de funções de aconselhamento em casos de dificuldades no campo afectivo e profissional. As funções ligadas a intervenções no campo da saúde são, ainda pouco reconhecidas.

No grupo 3 de questões encontramos um conjunto de situações relacionadas com competências psicológicas. Os resultados (quadro 4) mostram que a maioria dos inquiridos recorreriam aos psicólogos em casos de orientação vocacional (total de 52) e realização de testes psicológicos como o Q.I (total de 53), ao contrário das áreas ligadas a saúde, nomeadamente, saúde mental, depressão, doença prolongada, alcoolismo, problemas alimentares, de sono, controle de ansiedade pré-cirurgia, onde os médicos e psiquiatras possuem maior número de escolhas. Estes resultados vão de encontro a estudos anteriores, onde a maioria da pessoas continuam a recorrer aos psiquiatras ou médicos quando a sua saúde física ou mental esteja abalada, nomeadamente no estudo de Rossler e Friedlmayer (1995) as áreas ligadas a saúde como desordens alimentares, stress, ansiedade, adaptação a doença entre outras, foram as razões menos escolhidas pelo público austríaco para consultarem em psicólogo. No presente estudo, outra área bastante associada a psicologia foi o aconselhamento marital e afectivo (total de 39), estando a psiquiatria com um número de escolhas superiores também neste domínio, apesar da diferença entre psicólogos e psiquiatras ser mínima. Pelo contrário, nos estudos anteriores mencionados, a área do aconselhamento é claramente demarcada como função dos psicólogos.

Quadro 4 – Frequências de respostas do grupo 3

3-Das seguintes situações indique a que profissional recorreria se precisasse de:	Enfermeiro	Padre	Assistente Social	Economista	Engenheiro	Professor	Psicólogo	Psiquiatra	Médico	S.R.
3.1. Pedir um conselho sobre orientação vocacional e profissional para o seu filho.	0	0	0	0	0	5	52	0	0	3
3.2. Recolher dados para uma sondagem de opinião.	0	0	12	3	5	5	26	0	1	10
3.3. Ajuda para seleccionar empregados.	0	0	1	3	48	31	17	0	0	2
3.4. De ajuda em caso de depressão.	0	0	0	0	0	2	10	31	17	2
3.5. Querer conhecer o Q.I. (coeficiente de inteligência) do seu filho.	0	0	0	0	0	2	53	1	0	4
3.6. Tomar um tranquilizante porque se sente nervoso.	0	0	0	0	0	0	3	13	42	2
3.7. Consultar alguém por achar que a sua saúde mental está em perigo.	0	0	0	0	0	0	7	37	14	2
3.8. Ajuda perante dificuldades de casamento ou de um relacionamento afectivo.	1	5	0	0	0	0	39	45	1	10
3.9. Ajuda para controlar ou recuperar de um problema de alcoolismo.	0	0	0	0	0	0	14	30	12	4
3.10. Ajuda para elaborar uma campanha de sensibilização para a prevenção do tabagismo.	9	0	1	0	0	2	27	8	9	4
3.11. Ajuda no caso de doença física prolongada e/ou terminal.	9	2	2	0	0	0	16	3	24	4
3.12. Ajuda devido a problemas de sono.	0	0	0	0	0	0	6	15	37	2
3.13. Ajuda para controlar a ansiedade antes de uma cirurgia ou exame.	5	0	0	0	0	0	17	5	31	2
3.14. Ajuda para alterar hábitos alimentares, por exemplo, devido a diabetes.	9	0	0	0	0	0	4	0	46	1
3.15. Falar sobre problemas ligados a sua profissão.	10	0	2	0	0	1	30	2	11	4

Ser psicólogo é a profissão menos valorizada e considerada uma das menos científicas.

No grupo 4 de questões avaliava-se o que os profissionais de saúde pensavam sobre a cientificidade e a valorização social de um conjunto de profissões. Verificamos que, a psicologia é a área profissional menos valorizada e uma das menos científicas, sendo a medicina a área mais valorizada, considerada como mais científica e vista como fonte de escolha profissional preferencial para seus filhos (quadro 5). Este resultado revela a popularidade e o reconhecimento da Medicina enquanto profissão, ao contrário da psicologia, ainda pouco valorizada e reconhecida como ciência. Tendo em conta a nossa amostra pensamos que este dado é de extrema importância para compreendermos algumas das dificuldades actuais de integração e intervenção dos psicólogos nos serviços de saúde e as relações entre médicos/enfermeiros e psicólogos.

Quadro 5 – Frequências de resposta ao grupo 4

4- Qual a profissão que:	Enfermeiro	Padre	Assistente Social	Economista	Engenheiro	Professor	Psicólogo	Psiquiatra	Médico	Sem resposta
4.1. Preferia que o seu filho seguisse?	3	0	0	8	8	2	1	0	16	22
4.2. Considera mais científica?	1	0	0	5	8	3	0	3	29	16
4.3. Considera mais valorizada pela sociedade?	0	3	0	9	1	2	0	0	38	17

Os psicólogos são considerados profissionais importantes em diversos sectores, como saúde, empresas, prisões e escolas. Os profissionais de saúde inquiridos tem uma boa impressão dos psicólogos, avaliam de forma positiva sua competência profissional e seriam capazes de recomendarem a ida a um psicólogo. Contudo, consideram terem apenas um conhecimento médio sobre os mesmos.

O grupo 5, 6 e 10 de questões abordam as atitudes, o grau de importância e conhecimento sobre os psicólogos. Quase todos os inquiridos consideram que a actividade dos psicólogos nas escolas, hospitais, centros de saúde, clínicas, empresas e prisões são importantes, sendo capazes de recomendarem pessoas a consultas de psicologia. A avaliação é positiva, mas o conhecimento ainda é considerado mediano em relação aos psicólogos e seu consequente trabalho (quadro 6 e 7).

Quadro 6 – *Frequências de resposta do grupo 5*

5- Indique se concorda ou não com as seguintes afirmações:	Concordo	Não Concordo	S.R.
5.1- Os Psicólogos tem tendência a tornarem os assuntos mais complicados do que seriam na realidade	9	48	3
5.2- Os Psicólogos lidam com assuntos importantes	54	4	2
5.3- Só um técnico licenciado poderá chamar-se Psicólogo.	52	7	2
5.4- Os Psicólogos tendem a ser pessoas mais excêntricas do que outros profissionais, como por exemplo Engenheiros ou Professores.	6	51	3
5.5- Os serviços prestados pelos Psicólogos nas escolas são importantes.	56	2	2
5.6- Os serviços prestados pelos Psicólogos nos hospitais, centros de saúde, clínicas, são importantes.	59	0	1
5.7- Os serviços prestados pelos Psicólogos nas empresas são importantes.	57	1	2
5.8 – Os serviços prestados pelos Psicólogos nas prisões são importantes.	59	0	1
5.9- Os Psicólogos tendem a ser mais introvertidos do que outros profissionais.	6	52	2
5.10- Os Psicólogos são capazes de ler os pensamentos das pessoas.	3	53	4

Quadro 7 – *Frequências de resposta do grupo 10*

10- Indique:	Muito Má	Má	Média	Boa	Muito Boa	S.R.
10.1- De um modo geral, qual a impressão que tem dos Psicólogos?	0	0	6	39	10	5
10.2- Qual o seu grau de conhecimento de conhecimento sobre os Psicólogos?	0	2	34	19	1	4
10.3- De um modo geral, qual a sua opinião sobre a competência profissional de um Psicólogo?	0	1	8	37	8	6

A maioria dos médicos e enfermeiros conheceram e adquiriram os seus conhecimentos sobre os psicólogos através de cursos, literatura e actividade profissional, não atribuindo um impacto muito significativo, nas suas vidas ao contacto com psicólogos.

Nos quadros 8, 9 e 10, podemos constatar que a maioria dos inquiridos conheceram psicólogos na actividade profissional (total de 41) e que o seu conhecimento sobre eles foi adquirido através de cursos e literatura (total de 39), seguido da experiência pessoal. Contudo não sentiriam que este contacto ou conhecimento teve impacto significativo na sua vida (total de 38).

Quadro 8 – *Frequências de resposta do grupo 7*

7- De onde vem o seu maior conhecimento sobre os Psicólogos?	
Experiência própria	12
Experiência de familiares	4
Televisão	0
Rádio	0
Cinema/Ficção	1
Cursos	24
Literatura	15
Jornais ou revistas	0
Sem respostas	4

Quadro 9- *Frequências de resposta do grupo 8*

8- Se conhece algum psicólogo, em que circunstâncias o conheceu?	
Através de família, amigos que já foram clientes	2
Eu próprio fui cliente	1
Situações informais, como por exemplo através de amigos em comum	7
Reuniões de trabalho	3
Na minha actividade profissional	41
Sem respostas	6

Quadro 10 – *Frequências de resposta do grupo 9*

9- O seu contacto com psicólogos teve algum impacto significativo na sua vida?	
SIM	17
NÃO	38
Sem respostas	5

A Psicologia da Saúde é entendida como uma ciência específica e complementar da saúde que visa o apoio psicológico aos doentes e familiares e ajuda na relação dos mesmos com os profissionais de saúde. É considerada como importante é útil, mas pouco conhecida, integrada ou enraizada no sistema de saúde. Sugerem que é uma área que deverá ser mais estudada e compreendida, que deveria dar mais a conhecer as suas investigações, nomeadamente em escolas de saúde, que não deve interferir com a terapêutica médica, devendo realizar um trabalho multidisciplinar sem substituir o médico e, por fim, que é necessário haver uma maior intervenção dos psicólogos em meios hospitalares.

Através da categorização das respostas dadas à pergunta, *o que pensam sobre a psicologia da saúde* (quadros 11, 12, 13, 14), verificamos que, em termos de valorização, a psicologia da saúde é bastante valorizada e entendida como uma área complementar da saúde, ainda muito ligada à saúde mental, que visa essencialmente a avaliação e o apoio psicológico ao doente e família. Outras funções e objectivos descritos foram a prevenção, a redução de medicamentos e o papel mediador que o psicólogo poderá ter na relação médico – doente ou enfermeiro – doente. Percebemos, também, que a Psicologia da Saúde ainda é vista como uma área pouco presente e conhecida no sistema de saúde, apesar de, como já foi anteriormente, ser bastante valorizada. É de realçar que uma das sugestões descritas pelos

profissionais foi a necessidade de uma maior intervenção psicológica em meios hospitalares e uma maior divulgação das investigações nesta área. Ainda no âmbito das sugestões, vimos que os médicos e enfermeiros querem o trabalho multidisciplinar, mas referem que o trabalho da psicologia não deve interferir com a terapêutica médica, ou mesmo, substituir o médico, principalmente o psiquiatra. Tal como dizem Meyer e Carey (1988, citado por Miller & Swartz, 1990) no estudo sobre a visão médica sobre a psicologia, a falta de informação e a dificuldade de integração de psicólogos em serviços de saúde, gera uma visão redundante da psicologia e suas capacidades na classe médica, onde a prevalência da psiquiatria persiste.

Quadro 11 – *Respostas dadas*

Categoria 1 - Valorização da Psicologia da Saúde	
Valorização Positiva – Total: 52	Valorização Negativa – Total: 8
Indispensável	Pouco valorizada
Importante	
Útil	
Uma mais valia	
Fundamental	

Quadro 12 – *Respostas dadas*

Categoria 2 – Objectivos/Funções da Psicologia da Saúde	Frequências
Ciência específica e complementar na saúde	3
O seu contexto preferencial é a Saúde Mental	5
Reduzir o uso de medicamentos	2
Avaliação e diagnóstico de comportamentos e problemas psicológicos associados a doenças psicossomáticas e ao processo de hospitalização e adaptação a doença	9
Promover, ajudar e apoiar : na relação profissionais de saúde, doente e família; na manutenção da saúde; na prevenção, tratamento e recuperação da doença e doente.	11
Apoiar psicologicamente o doente.	25

Quadro 13 – *Respostas dadas*

Categoria 3 – Conceção da Prática Psicológica em Contextos de Saúde	Frequências
Subaproveitada	5
Ausente	2
Pouca integrada na prática hospitalar	18
Pouco conhecida e com pouco impacto social	8
Pouco enraizada no sistema de saúde	12
Sem campo de trabalho bem definido	4
Não acontece na prática	5
Não tem uma implementação adequada as necessidades hospitalares	5

Quadro14 – *Respostas dadas*

Categoria 4 – Sugestões à área da Psicologia da Saúde	Frequências
Não deve interferir com a terapêutica médica	5
Tem-se que se estudar e compreender melhor esta área	5
Deve-se inserir num trabalho multidisciplinar, não devendo substituir o médico, nomeadamente a psiquiatria	4
Deve alarga-se para outras áreas hospitalares, além da psiquiatria	15
Deve dar a conhecer mais investigações da área em escolas de saúde	19
Necessário haver maior intervenção dos psicólogos na saúde e nos hospitais	10

Os dados e conclusões retirados do presente instrumento, sugerem que a maioria dos médicos e enfermeiros têm uma atitude positiva, acreditam nas capacidades e conhecimentos dos psicólogos, valorizam a psicologia na saúde, mas não a consideram valorizada pela sociedade, nem muito científica comparativamente com outras profissões.

Uma das grandes dúvidas suscitadas pelos resultados anteriores refere-se ao campo da funções dos psicólogos no âmbito da saúde. Ficou claro que os psicólogos são associados com mais facilidade à área da orientação vocacional, do exame psicológico e do aconselhamento familiar e que os problemas mais ligados ao campo da saúde física e também mental são, preferencialmente, do domínio médico. Contudo, ao perguntamos de uma forma mais aberta sobre o que entendiam da psicologia da saúde, vimos que foram descritas algumas funções psicológicas muito próximas daquilo que acreditamos ser funções e objectivos da psicologia na saúde, como por exemplo, a prevenção da doença e manutenção e promoção da saúde. Este facto leva-nos a pensar que poderá haver duas visões por parte dos profissionais inquiridos, uma mais pessoal, em que ainda não escolheriam um psicólogo mas sim um médico para a solução dos seus problemas de saúde, e uma mais profissional, em que sentem a necessidade da intervenção psicológica, percebendo algumas funções que um psicólogo poderá desempenhar na saúde e em contexto hospitalar.

Até ao momento foi, então, efectuado uma análise de frequências que apresentou dados importantes para o nosso objecto de estudo, nomeadamente quanto as funções dos psicólogos e sua valorização.

4.2.3.4. Análise estatística: comparação médicos e enfermeiros

Para reforçarmos essas conclusões e identificarmos melhor as diferenças entre médicos e enfermeiros resolvemos fazer a análise estatística do presente questionário separando estes dois grupos de profissionais, apesar de considerarmos que este ainda não nos oferece uma imagem específica dos psicólogos na saúde.

A exposição destes resultados será feita tendo como ponto de partida as conclusões já apresentadas da análise anterior.

Começaremos, então, a caracterizar a nossa amostra e depois a apresentar os resultados.

A amostra é, agora constituída por apenas 58 sujeitos com dados recolhidos, distribuídos por idades, sexo, especialidades e serviços, sendo a distribuição por sexo e especialidade semelhante para as duas categorias (quadro 15), não existindo dif sig. Na distribuição por idades a média é de 42 anos e a distribuição por serviços, verifica-se que é bem diversificada, onde predominam os seguintes serviços: cirurgia, Medicina interna, obstetria, pediatria, urgência e ortopedia (quadro 16).

Quadro 15 – *Distribuição da Amostra*

Caracterização da Amostra		
Idade	27 a 60 anos	Média 42,31 Desvio-padrão 6,77
Sexo	30 M e 28F	Q-Quadrado de 0.069, p de 0.793
Especialidade	25 enfermeiros e 33 médicos	Q-Quadrado de 1.103, p de 0.294

Quadro 16 - *Distribuição por serviço*

Serviço	Frequência	Porcentagem
Anestesia	1	1,7
Cardiologia	1	1,7
Cirurgia	9	15,5
Cuidados Intensivos	2	3,4
Fisiatria	1	1,7
Medicina Interna	8	13,8
Neurologia	2	3,4
Obstetria	6	10,3
Oftalmologia	1	1,7
Oncologia	2	3,4
Ortopedia	5	8,6
Pediatria	6	10,3
Pneumologia	3	5,2
Psiquiatria	2	3,4
Urgência	6	10,3
Urologia	3	5,2
Total	58	100,0

Os resultados serão apresentados, como já foi dito, tendo por base as conclusões anteriores e a ordem de apresentação corresponde a ordem das perguntas do questionário.

Face ao primeiro grupo de questões, verificamos que ainda são os médicos os profissionais mais procurados perante situações como a ansiedade e depressão e mesmo perante situações não especificadas. Ou seja,

Os psicólogos são considerados os técnicos que mais entendem sobre o comportamento humano, contudo não são os mais procurados para resolução de problemas, nomeadamente no caso de depressão e ansiedade.

A afirmação anterior foi reforçada pela análise estatística, porém os enfermeiros parecem pensar de uma forma um pouco diferente dos médicos.

Comecemos, então, a ver o quadro 17 onde é visível a existência de diferenças significativas entre médicos e enfermeiros quanto à escolha do profissional face a situações problemas e situações de depressão e ansiedade. No primeiro caso os enfermeiros encontram-se divididos e escolhem tanto os psicólogos como o médico, já os médicos não tem dúvidas o primeiro profissional a procurarem são sempre os médicos. Isto também se passa quando especificamos o tipo de situação (depressão ou ansiedade), pois os médicos predominantemente escolhem os médicos e os enfermeiros repartem as suas escolhas entre médico e psicólogo. Estes dados revelam que os profissionais da área da enfermagem podem estar mais abertos a intervenções e métodos psicológicos do que os profissionais da Medicina.

Também com diferenças entre médicos e enfermeiros, apesar de pouco significativas, encontra-se a ideia de que os psicólogos são os profissionais com maior conhecimento sobre o comportamento. A diferença está no facto de que todos os enfermeiros consideram que são os psicólogos que tem mais conhecimento do comportamento humano, enquanto que alguns os médicos consideram que são os médicos os que mais sabem sobre o comportamento humano.

Quadro 17 - Distribuição do grupo 1 de questões

Na sua opinião:	Opções de resposta (profissões)	Frequência - Especialidade			Qui Quadrado	Sig. de p.
		Enfermeiros	Médicos	Total		
<i>Quando alguém tem problemas, que profissional começaria por consultar</i>	Assistente social	3	2	5	13,440	0,009 **
	Psicólogo	8	0	8		
	Professor	0	1	1		
	Médico	8	17	25		
	Padre	1	0	1		
	Total	20	20	40		
<i>Que profissional consultaria em caso de depressão ou ansiedade</i>	Assistente social	0	0	0	9,081	0,003 *
	Psicólogo	11	3	14		
	Professor	0	0	0		
	Médico	14	29	43		
	Padre	0	0	0		
	Total	25	32	57		
<i>Quem é o profissional com maior conhecimento sobre o comportamento humano</i>	Assistente social	0	0	0	11,464	0,361 NS
	Psicólogo	25	17	42		
	Professor	0	0	0		
	Médico	0	9	9		
	Padre	0	1	1		
	Total	25	27	52		

No quadro 18 que se segue não encontramos diferenças significativas entre médicos e enfermeiros. Ambos preferem procurar ajuda, caso necessário, primeiro com os amigos do que com os psicólogos. Transparece assim que para estes profissionais o psicólogo é um profissional mais especializado e só se procura em situações muito particulares ou quando o papel assistencial do amigos não é suficiente.

Quadro 18 – Distribuição grupo 2

<i>É melhor as pessoas pedirem ajuda</i>	Opções de resposta	Frequência - Especialidade			Qui Quadrado	Sig. de p.
		Enfermeiros	Médicos	Total		
	Primeiro ao Psicólogo do que aos amigos	7	6	13	0,835	0,361 NS
	Primeiro aos amigos do que ao Psicólogo	17	26	43		
	Total	24	32	56		

Os psicólogos são associados em primeiro lugar a funções de orientação vocacional e profissional, exame psicológico, seguido de funções de aconselhamento em casos de dificuldades no campo afectivo e profissional. As funções ligadas a área da saúde são, ainda, pouco reconhecidas.

Esta conclusão fica reforçada após a análise estatística dos dados (quadro 19). Contudo, podemos ainda realçar algumas diferenças encontradas entre médicos e enfermeiros.

As principais diferenças centram-se em quatro áreas funcionais: depressão, controle da ansiedade antes de uma cirurgia, alteração de hábitos alimentares e problemas ligados a profissão.

A maioria dos médicos não escolhem os psicólogos para casos de depressão e sim psiquiatras ou médicos. Pelo contrário os enfermeiros estão mais divididos nas suas opções e em casos de depressão escolhem tanto o psiquiatra como o psicólogo. A mesma situação acontece quanto ao controle da ansiedade antes de uma cirurgia ou exame. Os médicos assumem esta função como deles e os enfermeiros atribuem-na aos psicólogos, médicos e enfermeiros.

Outra área funcional com diferenças significativas refere-se a alteração de hábitos alimentares, onde os enfermeiros se assumem como os profissionais indicados para esta função, ao contrário dos médicos que consideram que são eles os profissionais indicados a recorrer para essa função. Ambos os grupos de profissionais não consideram que os psicólogos desempenhem esse papel. Este dado mostra-nos o quanto a realidade prática está muitas vezes desfasada dos conteúdos teóricos postulados pela Psicologia da Saúde, onde as funções no campo da prevenção das doenças, promoção, controlo e manutenção da saúde são áreas fundamentais que se desenvolvam.

Por fim, também foram encontradas diferenças na escolha do profissional privilegiado para se falar de problemas sobre a profissão. Neste caso os enfermeiros escolhem em primeiro lugar os psicólogos, enquanto os médicos dividem-se entre os psicólogos e os médicos.

Todas as diferenças anteriormente assinaladas revelam uma maior abertura dos profissionais de enfermagem a intervenções psicológicas, nomeadamente na área da saúde, do que os médicos bem mais renitentes. Porém, algumas áreas funcionais ligadas a saúde como, ajuda a doentes com doença prolongada, prevenção para o tabagismo e problemas profissionais, são áreas em que os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, estarão abertos e mais receptivos a intervenções psicológicas.

Quadro 19 - Distribuição do grupo 3 de questões

Das seguintes situações indique a que profissional recorreria de precisasse de:	Opções de resposta (profissões)	Frequência - Especialidade			Qui Quadrado	Sig. de p.
		Enfermeiros	Médicos	Total		
Pedir um conselho sobre orientação vocacional e profissional para seu filho	Enfermeiro	0	0	0	0,030	0,863 NS
	Padre	0	0	0		
	Assistente Social	0	0	0		
	Economista	0	0	0		
	Engenheiro	0	0	0		
	Professor	2	3	5		
	Psicólogo	22	28	50		
	Psiquiatra	0	0	0		
	Médico	0	0	0		
	Total	24	31	55		
Recolher dados para uma sondagem de opinião.	Enfermeiro	0	1	1	5,180	0,521 NS
	Padre	0	0	0		
	Assistente Social	5	7	12		
	Economista	2	1	3		
	Engenheiro	3	1	4		
	Professor	1	4	5		
	Psicólogo	12	12	24		
	Psiquiatra	0	0	0		
	Médico	0	1	1		
	Total	23	27	50		
Ajuda para seleccionar empregados.	Enfermeiro	0	0	0	1,949	0,583 NS
	Padre	0	0	0		
	Assistente Social	0	1	1		
	Economista	1	2	3		
	Engenheiro	0	0	0		
	Professor	0	0	0		
	Psicólogo	22	24	46		
	Psiquiatra	0	1	1		
	Médico	0	0	0		
	Total	23	28	51		
De ajuda em caso de depressão.	Enfermeiro	0	0	0	7,806	0,020 *
	Padre	0	0	0		
	Assistente Social	0	0	0		
	Economista	0	0	0		
	Engenheiro	0	0	0		
	Professor	0	0	0		
	Psicólogo	8	2	10		
	Psiquiatra	11	16	27		
	Médico	5	14	19		
	Total	24	32	56		
Querer conhecer o Q.I. (coeficiente de inteligência) do seu filho.	Enfermeiro	0	0	0	0,815	0,665 NS
	Padre	0	0	0		
	Assistente Social	0	0	0		
	Economista	0	0	0		
	Engenheiro	0	0	0		
	Professor	1	1	2		
	Psicólogo	23	29	52		
	Psiquiatra	0	1	1		
	Médico	0	0	0		
	Total	24	31	55		
Tomar um tranquilizante porque se sente nervoso.	Enfermeiro	0	0	0	0,752	0,686 NS
	Padre	0	0	0		
	Assistente Social	0	0	0		
	Economista	0	0	0		
	Engenheiro	0	0	0		
	Professor	0	0	0		
	Psicólogo	4	2	6		
	Psiquiatra	16	21	37		
	Médico	5	9	14		
	Total	25	32	57		
Consultar alguém por achar que a sua saúde mental está em perigo.	Enfermeiro	0	0	0	1,650	0,438 NS
	Padre	0	0	0		
	Assistente Social	0	0	0		
	Economista	0	0	0		
	Engenheiro	0	0	0		
	Professor	0	0	0		
	Psicólogo	4	2	6		
	Psiquiatra	16	21	37		
	Médico	5	9	14		
	Total	25	32	57		
Ajuda perante dificuldades de casamento ou de um relacionamento afectivo.	Enfermeiro	0	1	1	6,478	0,166 NS
	Padre	1	4	5		
	Assistente Social	0	0	0		
	Economista	0	0	0		
	Engenheiro	0	0	0		
	Professor	0	0	0		
	Psicólogo	22	16	38		
	Psiquiatra	1	4	5		
	Médico	0	1	1		
	Total	24	26	50		

Quadro 19 - Distribuição do grupo 3 de questões (continuação)

Das seguintes situações indique a que profissional recorreria de precisasse de:	Opções de resposta (profissões)	Frequência - Especialidade			Qui Quadrado	Sig. de p.
		Enfermeiros	Médicos	Total		
Ajuda para controlar ou recuperar de um problema de alcoolismo.	Enfermeiro	0	0	0	1,930	0,381 NS
	Padre	0	0	0		
	Assistente Social	0	0	0		
	Economista	0	0	0		
	Engenheiro	0	0	0		
	Professor	0	0	0		
	Psicólogo	7	5	12		
	Psiquiatra	13	17	30		
	Médico	4	9	13		
	Total	24	31	55		
Ajuda para elaborar uma campanha de sensibilização para a prevenção do tabagismo.	Enfermeiro	8	1	9	10,419	0,064 NS
	Padre	0	0	0		
	Assistente Social	0	1	1		
	Economista	0	0	0		
	Engenheiro	0	0	0		
	Professor	0	2	2		
	Psicólogo	9	15	24		
	Psiquiatra	3	5	8		
	Médico	5	4	9		
	Total	25	28	53		
Ajuda no caso de doença física prolongada e/ou terminal.	Enfermeiro	7	2	9	5,978	0,426 NS
	Padre	1	1	2		
	Assistente Social	1	1	2		
	Economista	0	0	0		
	Engenheiro	0	0	0		
	Professor	0	1	1		
	Psicólogo	7	7	14		
	Psiquiatra	1	2	3		
	Médico	8	15	23		
	Total	25	29	54		
Ajuda devido a problemas de sono.	Enfermeiro	0	0	0	0,920	0,631 NS
	Padre	0	0	0		
	Assistente Social	0	0	0		
	Economista	0	0	0		
	Engenheiro	0	0	0		
	Professor	0	0	0		
	Psicólogo	3	2	5		
	Psiquiatra	7	8	15		
	Médico	14	22	36		
	Total	24	32	56		
Ajuda para controlar a ansiedade antes de uma cirurgia ou exame.	Enfermeiro	5	0	5	12,164	0,007 *
	Padre	0	0	0		
	Assistente Social	0	0	0		
	Economista	0	0	0		
	Engenheiro	0	0	0		
	Professor	0	0	0		
	Psicólogo	9	6	15		
	Psiquiatra	2	2	4		
	Médico	8	23	31		
	Total	24	31	55		
Ajuda para alterar hábitos alimentares, por exemplo, devido a diabetes.	Enfermeiro	7	0	7	10,766	0,013 *
	Padre	0	1	1		
	Assistente Social	0	0	0		
	Economista	0	0	0		
	Engenheiro	0	0	0		
	Professor	0	0	0		
	Psicólogo	1	2	3		
	Psiquiatra	0	0	0		
	Médico	17	29	46		
	Total	25	32	57		
Falar sobre problemas ligados a sua profissão.	Enfermeiro	8	1	9	19,872	0,001 ***
	Padre	0	0	0		
	Assistente Social	0	1	1		
	Economista	0	0	0		
	Engenheiro	0	1	1		
	Professor	0	0	0		
	Psicólogo	17	13	30		
	Psiquiatra	0	2	2		
	Médico	0	10	10		
	Total	25	28	53		

Ser psicólogo é a profissão menos valorizada e considerada uma das menos científicas.

Ao vermos o quadro 20 verificamos que não há diferenças entre médicos e enfermeiros quanto à profissão mais valorizada pela sociedade e a que é mais científica, pois a maioria concorda. A maioria concorda que são os médicos.

Os profissionais ficam mais divididos ao escolherem a profissão que preferiam para seus filhos, neste caso não só a classe médica é valorizada mais também as áreas da economia e engenharia. A Psicologia parece ainda ser uma área pouco reconhecida.

Quadro 20 - Distribuição do grupo 4 de questões

Qual a profissão que:	Opções de resposta (profissões)	Frequência - Especialidade			Qui Quadrado	Sig. de p.
		Enfermeiros	Médicos	Total		
Preferia que o seu filho seguisse	Enfermeiro	2	1	3	5,998	0,423 NS
	Padre	0	0	0		
	Assistente Social	0	1	1		
	Economista	3	5	8		
	Engenheiro	4	4	8		
	Professor	0	3	3		
	Psicólogo	1	0	1		
	Psiquiatra	0	0	0		
	Médico	9	7	16		
	Total	19	21	40		
Considera mais científica	Enfermeiro	1	0	1	4,288	0,509 NS
	Padre	0	0	0		
	Assistente Social	0	0	0		
	Economista	2	3	5		
	Engenheiro	1	6	7		
	Professor	1	1	2		
	Psicólogo	0	0	0		
	Psiquiatra	1	1	2		
	Médico	15	15	30		
	Total	21	26	47		
Considera mais valorizada pela sociedade	Enfermeiro	0	0	0	11,330	0,010 NS
	Padre	0	3	3		
	Assistente Social	0	0	0		
	Economista	1	8	9		
	Engenheiro	0	0	0		
	Professor	0	2	2		
	Psicólogo	0	0	0		
	Psiquiatra	0	0	0		
	Médico	23	16	39		
	Total	24	29	53		

Os psicólogos são considerados profissionais importantes em diversos sectores, como saúde, empresas, prisões e escolas.

Apesar dos médicos e enfermeiros considerarem os psicólogos ainda pouco valorizados pela sociedade, são unânimes em atribuírem importância ao seu trabalho em vários contextos, nomeadamente nos contextos de saúde como hospitais, centros de saúde e clínicas quadro 21.

Relativamente a algumas noções preconcebidas face aos psicólogos, como serem mais introvertidos ou excêntricos, adivinharem pensamentos e complicarem os assuntos, verificamos que uma maioria significativa dos profissionais não concordam com essas afirmações. Contudo um dado curioso surge-nos quando verificamos que 5 enfermeiros consideram que não é necessário ser licenciado para ser psicólogo, o que poderá estar ligado a concepção mais do senso comum que “todos temos um pouco de psicólogo”. As implicações praticas de tal ideia pode passar pela desvalorização das intervenções psicológicas, sendo necessário que os profissionais da Psicologia estejam atentos a essa imagem mais ou menos conscientes na sua relação com outros profissionais de saúde.

Quadro 21 - Distribuição de respostas ao grupo 5

Indique se concorda ou não com as seguintes afirmações:	Opções de resposta	Frequência - Especialidade			Qui Quadrado	Sig. de p.
		Enfermeiros	Médicos	Total		
Os Psicólogos tem tendência a tornarem os assuntos mais complicados do que seriam na realidade	Concordo	3	5	8	0,239	0,625 NS
	Não concordo	22	25	47		
	Total	25	30	55		
Os Psicólogos lidam com assuntos importantes	Concordo	22	29	51	0,524	0,469 NS
	Não concordo	3	2	5		
	Total	25	31	56		
Só um técnico licenciado poderá chamar-se Psicólogo	Concordo	20	29	49	03,897	0,048 *
	Não concordo	5	1	6		
	Total	25	30	55		
Os Psicólogos tendem a ser pessoas mais excêntricas do que outros profissionais	Concordo	3	3	6	0,037	0,847 NS
	Não concordo	22	26	48		
	Total	25	29	54		
Os serviços prestados pelos Psicólogos nas escolas são importantes	Concordo	23	31	54	0,043	0,835 NS
	Não concordo	1	1	2		
	Total	24	32	56		
Os serviços prestados pelos Psicólogos nos hospitais, centros de saúde, clínicas, são importantes	Concordo	25	31	25	0	0,000 ***
	Não concordo	0	0	0		
	Total	25	31	25		
Os serviços prestados pelos Psicólogos nas empresas são importantes	Concordo	24	30	54	0,789	0,375 NS
	Não concordo	0	1	1		
	Total	24	31	55		
Os serviços prestados pelos Psicólogos nas prisões são importantes	Concordo	25	31	56	0	0,000 ***
	Não concordo	0	0	0		
	Total	25	31	56		
Os Psicólogos tendem a ser mais introvertidos do que outros profissionais	Concordo	3	4	7	0,002	0,965 NS
	Não concordo	21	27	48		
	Total	24	31	55		
Os Psicólogos são capazes de lerem os pensamentos das pessoas	Concordo	3	0	3	3,849	0,051 NS
	Não concordo	21	29	50		
	Total	24	29	53		

Um dos resultados positivos desta análise prende-se com o facto de que todos os enfermeiros e médicos assumem a hipótese de recomendar pessoas a consultar um psicólogo (quadro 22) o que aliado a importância dada a algumas funções perfaz-se uma imagem positiva dos psicólogos e da Psicologia.

Quadro 22 – Distribuição grupo 6

<i>Recomendaria alguém para consultar um Psicólogo</i>	Opções de resposta	Frequência - Especialidade			Qui Quadrado	Sig. de p.
		Enfermeiros	Médicos	Total		
	SIM	25	29	54	1,673	0,196 NS
	NÃO	0	2	2		
	Total	25	31	56		

A maioria dos médicos e enfermeiros conheceram e adquiriram os seus conhecimentos sobre os psicólogos através de cursos, literatura e actividade profissional, não atribuindo um impacto muito significativo, nas suas vidas ao contacto com psicólogos.

No quadro 23 verificamos que o conhecimento dos profissionais face ao trabalho dos psicólogos provém de cursos, literatura, experiência de familiares e própria. Apesar de não haver diferenças significativas entre médicos e enfermeiros, podemos ver que uma grande dos parte dos enfermeiros recebeu o seu conhecimento através de cursos e literatura enquanto que os médicos através da experiência própria, em primeiro lugar, cursos e literatura. Ao analisarmos ainda os resultados sobre em que circunstâncias conheceu um psicólogo (quadro 24), verificamos que a maioria conhece profissionais da área da Psicologia por experiência profissional, o que se relaciona com os dados anteriores onde o conhecimento é adquirido por experiência própria e cursos.

Quadro 23 – Distribuição grupo 7

<i>De onde vem o seu maior conhecimento sobre os Psicólogos</i>	Opções de resposta	Frequência - Especialidade			Qui Quadrado	Sig. de p.
		Enfermeiros	Médicos	Total		
	Experiência própria	2	10	12	8,661	0,070 NS
	Experiência de familiares	1	3	4		
	Televisão	0	0	0		
	Rádio	0	0	0		
	Cinema/Ficção	1	0	1		
	Cursos	15	9	24		
	Literatura	6	7	13		
	Jornais ou revistas	0	0	0		
	Total	25	29	54		

Quadro 24 – Distribuição grupo 8

<i>Se conhece algum Psicólogo, em que circunstâncias o conheceu</i>	Opções de resposta	Frequência - Especialidade			Qui Quadrado	Sig. de p.
		Enfermeiros	Médicos	Total		
	Família, amigos que já foram clientes	2	0	2	3,718	0,445 NS
	Eu próprio fui cliente	0	1	1		
	Situações informais/amigos em comum	3	4	7		
	Reuniões de trabalho	2	1	3		
	Actividade profissional	18	22	40		
	Total	25	28	53		

O impacto que este conhecimento teve nos profissionais da nossa amostra não foi significativo, não existindo diferenças significativas entre médicos e enfermeiros (quadro 25).

Quadro 25 – Distribuição grupo 9

<i>O seu contacto com Psicólogos teve algum impacto na sua vida</i>	Opções de resposta	Frequência - Especialidade			Qui Quadrado	Sig. de p.
		Enfermeiros	Médicos	Total		
	SIM	9	9	18	0,223	0,637 NS
	NÃO	16	21	37		
	Total	25	30	55		

Os profissionais de saúde inquiridos tem uma boa impressão dos psicólogos, avaliam de forma positiva sua competência profissional. Contudo, consideram terem apenas um conhecimento médio sobre os mesmos.

No grupo de questões do quadro 26 não encontramos diferenças significativas entre médicos e enfermeiros, o que nos permite dizer que tanto os médicos como os enfermeiros tem uma atitude positiva face ao psicólogo e sua competência. No entanto, é importante frisar que o conhecimento destes face a Psicologia ainda não é considerado bom, apesar de um número alargado de médicos já avaliarem o seu conhecimento dos psicólogos nesse nível.

Ao compararmos os resultados relativos as funções associadas aos psicólogos com conhecimento avaliado percebemos que este conhecimento estará mais focalizado nessas áreas funcionais e não tanto no domínio da saúde. Isto porque quando questionados sobre a Psicologia a grande parte dos profissionais revelam ter conhecimento sobre a área.

Quadro 26 – Distribuição das respostas do grupo 10

<i>Indique:</i>	Opções de resposta	Frequência - Especialidade			Qui Quadrado	Sig. de p.
		Enfermeiros	Médicos	Total		
<i>De um modo geral, qual a impressão que tem dos Psicólogos</i>	Muito má	0	0	0	1,198	0,549 NS
	Má	0	0	0		
	Média	2	4	6		
	Boa	17	21	38		
	Muito boa	6	4	10		
	Total	25	29	54		
<i>Qual o seu grau de conhecimento sobre os Psicólogos</i>	Muito má	0	0	0	2,685	0,443 NS
	Má	1	1	2		
	Média	18	16	34		
	Boa	6	12	18		
	Muito boa	0	1	1		
	Total	25	30	55		
<i>De um modo geral, qual a sua opinião sobre a competência profissional de um Psicólogo</i>	Muito má	0	0	0	1,486	0,686 NS
	Má	1	0	1		
	Média	3	5	8		
	Boa	16	20	36		
	Muito boa	4	4	8		
	Total	24	29	53		

Após efectuada esta análise reforçamos as nossas conclusões relativas aos dados anteriores e verificamos que existem algumas diferenças entre médicos e enfermeiros na forma como percebem e aceitam o trabalho do psicólogo e a Psicologia.

De forma a nos aproximarmos mais dos objectivos do nosso trabalho, resolvemos adoptar outro instrumento de avaliação da imagem dos psicólogos, um instrumento mais específico, que avaliasse somente a imagem em termos de funções da Psicologia na saúde, não fosse tão generalista e não se preocupasse mais com a dimensão atitudinal.

Assim, de seguida passamos a descrever o processo de construção do terceiro questionário.

4.2.4. Construção do terceiro questionário

A construção de um instrumento que melhor se aproximasse dos objectivos do nosso trabalho e que facilitasse a recolha de dados entre profissionais de saúde com pouca disponibilidade e de difícil acesso, foi uma das dificuldades do nosso estudo.

O presente questionário visa diminuir estas limitações e perceber o que médicos e enfermeiros pensam sobre o papel e funções da psicologia e do psicólogo em contextos de saúde.

Tomando como ponto de partida os dados dos instrumentos anteriores, a legislação em vigor, (isto é, o Decreto-Lei n.º 241/94 de 22 de Setembro), o estudo de Liese (1986) sobre “Physicians Perceptions of The Role of Psychology in Medicine” e o estudo de Teixeira, Cima e Cruz (1999) sobre “Psicologia da Saúde em Portugal”, construímos o terceiro e última versão do nosso instrumento. De seguida iremos descrever a forma da sua elaboração, articulando sempre que necessário com as referências anteriores.

Assim, o questionário caracteriza-se por três grupos de questões. O primeiro relacionado com a caracterização da amostra, em que perguntamos a idade, o sexo e a especialidade/serviço a que pertencem, o segundo grupo descreve uma série de funções dos psicólogos na saúde e o terceiro grupo descreve um conjunto de doenças que possuem ou têm na sua origem, tratamento ou recuperação factores psicológicos envolvidos. Nestes dois grupos optámos por utilizar perguntas com uma escala de resposta tipo Likert, que passamos de seguida a explicar.

Foi através da análise de conteúdo de três fontes distintas que descrevem algumas das funções do psicólogo na saúde, mais precisamente através da análise dos dados dos instrumentos anteriores, do Decreto-Lei n.º 241/94 de 22 de Setembro e do estudo de Teixeira, Cima e Cruz (1999) sobre “Psicologia da Saúde em Portugal”, que começamos a elaborar as perguntas/afirmações do segundo grupo do questionário. São descritas um conjunto de 24 funções da Psicologia na Saúde, com as quais os médicos e enfermeiros podiam concordar ou não, tendo uma escala de resposta que varia do discordo muito, discordo, não sei, até ao concordo e concordo muito.

Dos dados dos instrumentos anteriores, (entrevista e 1º e 2º questionários) seleccionamos somente as questões sobre funções dos psicólogos e enumeramos as funções mais valorizadas no âmbito da saúde, sem a preocupação de categorizá-las (quadro 27).

Quadro 27 – Funções dos psicólogos na área da saúde, descritas na entrevista e nos 1º e 2º questionários

Funções
Acompanhamento dos doentes e familiares, de forma a aceitarem a doença e sequelas;
Contribuir para a humanização dos serviços, tornar o ambiente hospitalar mais próximo do familiar;
Acompanhar crianças e adolescentes internados;
Acompanhar doentes oncológicos;
Apoiar doentes com doenças incapacitantes;
Prevenção e detenção precoce de problemas do foro psiquiátrico;
Apoio as pessoas em situação de crise (internamento, cirurgia, limitações pós-traumáticas, falecimento);
Orientação as famílias, amigos e equipa de saúde;
Apoio aos doentes crónicos;
Mediação na relação médico-doente, quando esta não for ideal;
Apoio ao pessoal médico e de enfermagem
Apoio aos profissionais de saúde;
Apoio em problemas de depressão;
Apoio no caso de problemas de alcoolismo (controle/recuperação);
Elaborar campanhas de prevenção (ex. Tabagismo);
Apoio a doentes com doença prolongada (crónica e/ou terminal);
Acompanhar os doentes em situação pré-cirúrgica ou exame - controle da ansiedade)

A partir do estudo de Teixeira, Cima e Cruz (1999), no qual foram realizadas 10 entrevistas a psicólogos que trabalham em diversos serviços de saúde, decidimos fazer uma análise das mesmas centrando a nossa atenção somente na pergunta que era feita sobre que

funções esses profissionais desempenhavam no seu local de trabalho. As funções foram novamente enumeradas sem a preocupação de categorizá-las (quadro 28).

Quadro 28 – Funções retiradas das entrevistas realizadas no estudo sobre a Psicologia da Saúde em Portugal (Teixeira, Cima e Cruz, 1999)

Funções
Intervenção em grupos de grávidas adolescentes, toxicodependentes (acompanhamento, consultas)
Aconselhamento pré-tratamento, intervenção na crise em áreas como pediatria, obstetrícia e ginecologia
Psicoterapias curtas e longas;
Função assistencial;
Intervenção nos programas de educação para a saúde, saúde materna ou infantil e saúde escolar - elaboração, acompanhamento, apoio;
Supervisão de estágios escolares-os estagiários fazem alguns atendimentos e participam nos programas;
Mediação na relação médico-doente, funcionário-doente;
Aconselhamento em saúde;
Acompanhamento aos profissionais de saúde-relação médico-utente/stress profissional;
Aconselhamento psicológico no pré e pós teste para o HIV, ao indivíduo e família;
Realização de programas de prevenção (Sida);
Apoio psicológico a doentes com diabetes;
Consultas de psicologia: observação psicológica, diagnóstico, aconselhamento, apoio psicológico, intervenção em grupo, nos serviços de internamento, consultas externas e departamento de cirurgia.

Por fim, agrupamos as funções descritas na legislação (quadro 29) e fizemos uma análise final de todas as funções encontradas nestas três fontes, de forma a elaborar as perguntas do segundo grupo do questionário.

Quadro 29 – Funções descritas no Decreto-Lei n.º 241/94 de 22 de Setembro que regulamenta a carreira de técnicos superiores de saúde – ramo de Psicologia Clínica

Funções
Estudo psicológico de indivíduos e elaboração de psicodiagnóstico;
Estudo psicológico de grupos populacionais determinados, para fins de prevenção e tratamento;
Participação em programas de educação para a saúde, no domínio específico;
Aconselhamento psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo;
Intervenção psicológica e psicoterapia;
Responsabilidade pela escolha, administração e utilização do equipamento técnico específico da psicologia;
Intervenção em equipas multidisciplinares de serviço de urgência, quando tal de mostrar conveniente;
Participação em programas de investigação em aspectos relacionados com a área profissional;
Responsabilização por sectores ou unidades de serviço;
Participação em júri e concursos e de avaliação;
Participação na elaboração de programas de educação para a saúde (nos Domínios que envolvam o comportamento do indivíduo ou do grupo.

Após a análise das funções descritas, a nossa primeira opção foi utilizar todas as funções enumeradas no Decreto-Lei, visto ser o documento legal que regulamenta a carreira dos psicólogos na saúde, e todas as funções ditas pelos psicólogos entrevistados, já que são experiências concretas de intervenção na saúde em Portugal. Reunindo os dois grupos de funções verificamos que muitas delas eram similares às descritas nos nossos resultados dos instrumentos anteriores, e desta forma optamos por enquadrar no presente instrumento somente as funções que não fossem repetidas nem estivessem relacionadas com as anteriores. Assim, ficamos com as seguintes funções:

- 1-Acompanhamento a pacientes com depressão/ansiedade
- 2-Consultas à grupos de grávidas adolescentes
- 3-Aconselhamento pré-tratamento médico (e.g cirurgias)
- 4-Psicoterapias curtas e longas
- 5-Supervisão de estágios de Psicologia
- 6-Mediação na relação médico-doente, funcionário-doente
- 7-Acompanhamento aos profissionais de saúde
- 8-Aconselhamento psicológico no pré e pós teste para o HIV, indivíduo e família
- 9-Consultas de Psicologia
- 10-Apoio psicológico a doentes com diabetes e outras doenças crónicas
- 11-Apoio psicológico a doentes em internamento nos hospitais
- 12-Estudo psicológico de indivíduos e psicodiagnóstico
- 13-Estudo psicológico de grupos populacionais para fins de prevenção e tratamento
- 14-Elaboração e Participação em programas de educação para a saúde
- 15-Aconselhamento psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo
- 16-Responsabilidade pela escolha, administração e utilização do equipamento técnico específico da psicologia
- 17-Tratamento de doentes com problemas psicológicos
- 18-Participação em programas de investigação
- 19-Responsabilização por sectores ou unidades de serviços
- 20-Participação em júri e concursos de avaliação
- 21-Acompanhamento de doentes oncológicos
- 22-Diagnóstico e ou tratamento de problemas de ansiedade/depressão em crianças, jovens e adultos
- 23-Ensino de técnicas de relaxamento
- 24-Contribuir para a humanização dos serviços de saúde

Para percebermos melhor a visão dos médicos e enfermeiros quanto ao papel da psicologia na saúde e com base no estudo de Liese (1986) sobre a percepção dos médicos do papel da Psicologia na Medicina, formulamos uma última questão em que é pedido aos profissionais que avaliem dez problemas médicos de acordo com o grau de envolvimento que eles acreditam que factores psicológicos possam ter nesses problemas. Optámos,

novamente, por um formato de respostas tipo Likert, com uma escala que varia entre nenhuma componente psicológica, pouca componente psicológica, não sei, até alguma componente psicológica e muita componente psicológica. Seguindo as sugestões de Liese (1986) os dez problemas médicos são o alcoolismo, obesidade, dor de cabeça, cancro, depressão, doença do coração, artrite, doença gastrointestinal, doença pulmonar e hipertensão arterial.

Todo o processo de elaboração de um instrumento de avaliação da imagem dos psicólogos na saúde foi bastante difícil por diversos factores, nomeadamente a inexistência de estudos em Portugal que focassem as funções dos psicólogos na saúde. Além disso o próprio conceito de imagem é difícil de medir e a amostra foi de difícil acesso.

A formulação das perguntas do último questionário obedeceu a um critério importante que foi o não desvalorizar as conclusões, apesar de muito exploratórias, dos instrumentos anteriores e focalizar a nossa atenção para documentos e estudos que enumerassem funções dos psicólogos na saúde. Uma vez terminado este processo de construção do instrumento, passamos a fase da recolha de dados.

Assim, iremos de seguida descrever o nosso procedimento e posteriormente caracterizaremos a nossa amostra.

4.3. Procedimento

Para o processo de recolha de dados foi conseguida uma autorização por parte do Conselho de Administração do Hospital Distrital de Vila Real. Contudo foi-nos dito que deveria ser efectuado o mais rapidamente possível. Desta forma durante um período de duas semanas fomos quase todos os dias ao hospital e recolhemos o maior número possível de questionários mediante a entrega feita, antecipadamente, aos médicos e enfermeiros através de uma enfermeira supervisora, que também era responsável pela recolha dos mesmos junto dos profissionais, uma vez que não foi autorizado que circulássemos pelos serviços do hospital. Preocupamo-nos em dizer à responsável que pretendíamos um número equilibrado, se possível igual, de médicos e enfermeiros.

Conseguimos, então, recolher 40 questionários, o que face ao limite de tempo imposto, consideramos um número positivo.

Depois dos dados recolhidos passamos, primeiramente, a caracterizar a nossa amostra para posterior análise dos resultados obtidos.

4.4. Caracterização da amostra

A nossa amostra é constituída por 25 médicos e 15 enfermeiros, sendo 22 do sexo masculino e 17 do sexo feminino e com idades que variam dos 26 aos 55 anos de forma bastante equilibrada. Verifica-se, porém, que um número mais elevado dos inquiridos possuem idades compreendidas entre os 40 e 50 anos. A maior parte dos nossos profissionais trabalham em serviços de cirurgia, medicina interna, ortopedia, pediatria e psiquiatria.

Quadro 30 – Distribuição por especialidade

Especialidade	Frequência
Enfermeiros	15
Médicos	25
Total	40

Quadro 31 - Distribuição por sexo

Sexo	Frequência
Masculino	22
Feminino	17
Total	39
Omisso	1
Total	40

Quadro 32 – Distribuição da amostra por idade

Idade	Frequência
26	2
27	1
30	1
32	1
33	1
37	2
38	1
39	2
40	2
41	4
42	5
43	3
44	1
45	2
46	3
47	3
49	1
51	1
53	2
55	1
Total	39
Omisso	1
Total	40

Quadro 33 – Distribuição por serviço

Serviço	Frequência
Anestesiologia	2
Cirurgia	4
Medicina Interna	10
Neonatologia	1
Neurologia	1
Obstetrícia	1
Oncologia	1
Ortopedia	6
Ortotraumatologia	1
Pediatria	4
Pneumologia	2
Psiquiatria	4
Reabilitação	1
Urologia	2
Total	40

Após termos feito a caracterização da amostra passamos, de seguida, a apresentar e discutir os resultados.

Capítulo 5

Apresentação e Discussão dos Resultados

5.1. Introdução

Depois de termos efectuado a descrição de todo o processo de construção de instrumentos que nos permitiu recolher os dados, iremos agora descrever e analisar os resultados encontrados, o que nos possibilitará a compreensão e interpretação do objecto de estudo, bem como avaliar a imagem dos psicólogos na saúde.

À medida que formos apresentando a informação empírica recolhida, tentaremos, sempre que possível, articular essa informação com o nosso enquadramento teórico, com os resultados de outras investigações e também com os dados encontrados no nosso estudo durante a construção do instrumento final, de modo a melhor compreendermos e fundamentarmos as nossas conclusões.

5.2. Descrição dos Resultados

No que diz respeito à apresentação dos dados recolhidos relativamente a cada item vamos seguir de perto a estrutura do instrumento que utilizamos e que já caracterizamos anteriormente. Assim, em primeiro lugar iremos descrever os resultados quanto às funções dos psicólogos na saúde e o grau de envolvimento de componentes psicológicas em determinados problemas considerados tradicionalmente do foro médico. De seguida, passamos a apresentar as diferenças de resultados entre médicos e enfermeiros (recorrendo a quadros que facilitarão o processo de análise e interpretação). Com o mesmo método de apresentação iremos, também, descrever as diferenças entre os técnicos do sexo feminino e do masculino nos dois grupos profissionais.

De qualquer forma apesar de termos optado por este tipo de procedimento descritivo, não deixaremos de efectuar uma análise global dos dados, interligando-os com as conclusões dos instrumentos e estudos anteriores, porque só assim conseguiremos perceber como os médicos e enfermeiros vêem os psicólogos e a Psicologia num sector onde predomina as intervenções e funções da Medicina e Enfermagem.

Em relação às funções dos psicólogos na saúde (primeira parte do questionário e que integrava um total de 24 funções), os resultados foram significativos (quadro 34) e demonstraram que os profissionais da nossa amostra concordam com todas as funções descritas como sendo do âmbito de intervenção da Psicologia e do psicólogo. Contudo, em determinadas funções existe uma percentagem média e por vezes elevada de profissionais que discordam ou não sabem se tais funções se enquadram nas competências de um psicólogo na saúde, nomeadamente, o aconselhamento pré- tratamento médico (e.g. cirurgias, em que 22,5% discordam e 10% não sabem), o acompanhamento dos profissionais de saúde (em que 15% discordam), a supervisão de estágios de Psicologia (em que 20% não sabem), a responsabilização por sectores ou unidades de serviços (em que 2,6% discordam muito, 30,8% discordam e 25,6 não sabem), a participação em júris de concursos (em que 15% discordam e 20% não sabem) e o diagnóstico e/ou tratamento de problemas de ansiedade e depressão em crianças, jovens e adultos (em que 2,5% discordam muito, 17,5% discordam e 12,5 não sabem). Este último resultado é bastante interessante se o compararmos com a primeira função do questionário que era o acompanhamento de pacientes com depressão/ansiedade, onde o 67,5% e 30,0% dos inquiridos concordam e concordam muito com esta função. Este resultado pode sugerir que diagnóstico e tratamento não são funções que médicos e enfermeiros associem à Psicologia, enquanto o acompanhamento já o será.

Quadro 34– Distribuição dos resultados relativamente ao conjunto de funções do psicólogo na saúde

Funções	Escala de resposta	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Qui Quadrado	Frequência esperada	Sig. De p.
Acompanhamento de pacientes com depressão/ansiedade	Discordo Muito	0	0		25,550	13,3	0,000 ***
	Discordo	1	2,5				
	Não sei	0	0				
	Concordo	27	67,5				
	Concordo Muito	12	30,0				
	Total	40	100,0				
Consultas a grupos de grávidas adolescentes	Discordo Muito	0	0		23,450	13,3	0,000 ***
	Discordo	1	2,5				
	Não sei	0	0				
	Concordo	26	65,0				
	Concordo Muito	13	32,5				
	Total	40	100,0				
Aconselhamento pré-tratamento médico	Discordo Muito	0	0		28,200	10,0	0,000 ***
	Discordo	9	22,5				
	Não sei	4	10,0				
	Concordo	24	60,0				
	Concordo Muito	3	7,5				
	Total	40					
Psicoterapias curtas e longas	Discordo Muito	1	2,5	2,6	22,923	10,0	0,000 ***
	Discordo	3	7,5	7,7			
	Não sei	7	17,5	17,9			
	Concordo	18	45,0	46,2			
	Concordo Muito	10	25,0	25,6			
	Total	39	97,5	100,0			
	Omisso	1	2,5				
	Total	40	100,0				
Supervisão de estágios de Psicologia	Discordo Muito	0	0		14,600	10,0	0,002 **
	Discordo	1	2,5				
	Não sei	8	20,0				
	Concordo	16	40,0				
	Concordo Muito	15	37,5				
	Total	40	100,0				
Mediação na relação médico-doente ou funcionário-doente	Discordo Muito	1	2,5		37,000	8,0	0,000 ***
	Discordo	9	22,5				
	Não sei	7	17,5				
	Concordo	22	55,0				
	Concordo Muito	1	2,5				
	Total						
Acompanhamento dos profissionais de saúde	Discordo Muito	0	0		39,400	10,0	0,000 ***
	Discordo	6	15,0				
	Não sei	2	5,0				
	Concordo	27	67,5				
	Concordo Muito	5	12,5				
	Total						
Aconselhamento psicológico no pré e pós teste para o HIV, indivíduo e família	Discordo Muito	0	0	0	39,677	9,8	0,000 ***
	Discordo	1	2,5	2,6			
	Não sei	2	7,5	7,7			
	Concordo	22	65,0	66,7			
	Concordo Muito	14	22,5	23,1			
	Total	39	97,5	100,0			
	Omisso	1	2,5				
	Total	40	100,0				
Consultas de Psicologia	Discordo Muito	0	0	0	31,256	9,8	0,000 ***
	Discordo	1	2,5	2,6			
	Não sei	2	5,0	5,1			
	Concordo	22	55,0	56,4			
	Concordo Muito	14	35,0	35,9			
	Total	39	97,5	100,0			
	Omisso	1	2,5				
	Total	40	100,0				
Apoio psicológico a doentes com diabetes e outras doenças crónicas	Discordo Muito	0	0		54,400	10,0	0,000 ***
	Discordo	22	5,0				
	Não sei	0	5,0				
	Concordo	30	75,0				
	Concordo Muito	6	15,0				
	Total	40	100,0				

Quadro 34 – Distribuição dos resultados relativamente ao conjunto de funções do psicólogo na saúde (continuação)

Funções	Escala de resposta	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Qui Quadrado	Frequência esperada	Sig. De p.
Apoio psicológico a doentes em internamento nos hospitais	Discordo Muito	0	0	0	51,769	9,8	0,000 ***
	Discordo	2	5,0	5,1			
	Não sei	2	5,0	5,1			
	Concordo	29	72,5	74,4			
	Concordo Muito	6	15,0	15,4			
	Total	39	97,5	100,0			
	Omisso	1	2,5				
Estudo psicológico de indivíduos e psicodiagnóstico	Discordo Muito	0	0		16,400	10,0	0,001 ***
	Discordo	3	7,5				
	Não sei	5	12,5				
	Concordo	19	47,5				
	Concordo Muito	13	32,5				
	Total	40	100,0				
Estudo psicológico de grupos populacionais para fins de prevenção e tratamento	Discordo Muito	0	0		23,000	10,0	0,000 ***
	Discordo	4	10,0				
	Não sei	3	7,5				
	Concordo	22	55,0				
	Concordo Muito	11	27,5				
	Total	40	100,0				
Elaboração e participação em programas de educação para a saúde	Discordo Muito	0	0		31,000	10,0	0,000 ***
	Discordo	2	5,0				
	Não sei	3	7,5				
	Concordo	24	60,0				
	Concordo Muito	11	27,5				
	Total	40	100,0				
Aconselhamento psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo	Discordo Muito	0	0		28,555	13,3	0,000 ***
	Discordo	0	0				
	Não sei	3	7,5				
	Concordo	29	72,5				
	Concordo Muito	8	20,0				
	Total						
Responsabilidade pela escolha, administração e utilização do equipamento técnico específico da psicologia	Discordo Muito	0	0		16,200	10,0	0,001 ***
	Discordo	1	2,5				
	Não sei	7	17,5				
	Concordo	16	40,0				
	Concordo Muito	16	40,0				
	Total						
Tratamento de doentes com problemas psicológicos	Discordo Muito	0	0		19,400	10,0	0,000 ***
	Discordo	3	7,5				
	Não sei	4	10,0				
	Concordo	20	50,0				
	Concordo Muito	13	3,5				
	Total	40	100,0				
Participação em programas de investigação	Discordo Muito	0	0	0	25,718	9,8	0,000 ***
	Discordo	2	5,0	5,1			
	Não sei	7	17,5	17,9			
	Concordo	23	57,5	59,0			
	Concordo Muito	7	17,5	17,9			
	Total	39	97,5	100,0			
	Omisso	1	2,5				
	Total	40	100,0				
Responsabilização por sectores ou unidades de serviços	Discordo Muito	1	2,5	2,6	12,385	9,8	0,006 **
	Discordo	12	30,0	30,8			
	Não sei	10	25,0	25,6			
	Concordo	16	40,0	41,0			
	Concordo Muito	0	0	0			
	Total	39	97,5	100,0			
	Omisso	1	2,5				
	Total	40	100,0				
Participação em júri e concursos de avaliação	Discordo Muito	1	2,5		39,250	8,0	0,000
	Discordo	6	15,0				
	Não sei	8	20,0				
	Concordo	23	57,5				
	Concordo Muito	2	5,0				
	Total	40	100,0				
Acompanhamento de doentes oncológicos	Discordo Muito	0	0		26,600	10,0	0,000 ***
	Discordo	2	5,0				
	Não sei	3	7,5				
	Concordo	13	32,0				
	Concordo Muito	22	55,0				
	Total	40	100,0				

Quadro 34 – Distribuição dos resultados relativamente ao conjunto de funções do psicólogo na saúde (conclusão)

Funções	Escala de resposta	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Qui Quadrado	Frequência esperada	Sig. De p.
Diagnóstico e/ou tratamento de problemas de ansiedade, depressão em crianças, jovens e adultos	Discordo Muito	1	2,5		15,500	8,0	0,004 ***
	Discordo	7	17,5				
	Não sei	5	12,5				
	Concordo	12	30,0				
	Concordo Muito	15	37,5				
	Total	40	100,0				
Ensino de técnicas de relaxamento	Discordo Muito	0	0		27,000	10,0	0,000 ***
	Discordo	2	5,0				
	Não sei	4	10,0				
	Concordo	23	57,5				
	Concordo Muito	11	27,5				
	Total	40	100,0				
Contribuir para a humanização dos serviços de saúde	Discordo Muito	0	0	0	31,051	9,8	0,000 ***
	Discordo	1	2,5	2,6			
	Não sei	3	7,5	7,7			
	Concordo	23	57,5	59,0			
	Concordo Muito	12	30,0	30,8			
	Total	39	97,5	100,0			
	Omisso	1	2,5				
	Total	40	100,0				

Ao analisarmos os resultados em termos do envolvimento de componentes psicológicas em determinados problemas médicos, itens que se enquadravam na segunda parte do nosso questionário e que integravam um conjunto de dez problemas médicos, verificamos (quadro 35) de forma significativa que os profissionais da nossa amostra consideram que problemas como o alcoolismo, obesidade, depressão, dores de cabeça, doença do coração, doença gastrointestinal, doença pulmonar e hipertensão arterial, possuem alguma ou muita componente psicológica envolvida. Quanto ao cancro e artrite os resultados não apresentam diferenças significativas, pois verificamos que o número de médicos e enfermeiros que consideraram a existência de factores psicológicos nestas doenças está próximo do número de médicos e enfermeiros que consideram o contrário. Ao compararmos com o estudo de Liese (1986) verificamos que a doença do coração foi considerada como tendo pouco ou nenhuma componente psicológica. Relativamente aos outros problemas os resultados foram semelhantes.

Apesar do número de profissionais que consideram o envolvimento de componentes psicológicas nos problemas referidos, existem determinadas doenças, para além do cancro e artrite, onde podemos verificar um número elevado de profissionais que não atribuem muita importância às componentes Psicológicas. Começamos por referir o caso do cancro, em que 12,8% dos profissionais consideram existir neste problema nenhuma componente

psicológica e 17,9% pouca componente psicológica. Também, 35% dos profissionais consideraram que na doença do coração existe pouca componente psicológica e 2,5% que não existe nenhuma. Já na doença pulmonar os valores são mais altos, onde 22,5% consideram existir nenhuma componente psicológica e 30,0% pouca componente psicológica. Convém, ainda realçar que os problemas considerados como tendo maiores componentes psicológicas foram a depressão e dor de cabeça, 70% cada.

Quadro 35 – Distribuição dos resultados relativamente ao grau de envolvimento de componente psicológica em determinados problemas médicos

Problemas médicos	Escala de resposta	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Qui Quadrado	Frequência esperada	Sig. De p
Alcoolismo	Nenhuma componente psicológica	0	0		1,600	20,0	0,206 NS
	Pouca componente	0	0				
	Não sei	0	0				
	Alguma componente	16	40,0				
	Muita componente	24	60,0				
	Total	40	100,0				
Obesidade	Nenhuma componente psicológica	0	0		42,000	10,0	0,000 ***
	Pouca componente	3	7,5				
	Não sei	1	2,5				
	Alguma componente	27	67,5				
	Muita componente	9	22,5				
	Total	40	100,0				
Dor de Cabeça	Nenhuma componente psicológica	0	0		44,000	10,0	0,000 ***
	Pouca componente	2	5,0				
	Não sei	4	10,0				
	Alguma componente	28	70,0				
	Muita componente	6	15,0				
	Total	40	100,0				
Cancro	Nenhuma componente psicológica	5	12,5	12,8	8,821	7,8	0,066 NS
	Pouca componente	7	17,5	17,9			
	Não sei	3	7,5	7,7			
	Alguma componente	11	27,5	28,2			
	Muita componente	13	32,5	33,3			
	Total	39	97,5	100,0			
	Omisso	1	2,5				
	Total	40	100,0				
Depressão	Nenhuma componente psicológica	0	0	0	29,077	13,0	0,000 ***
	Pouca componente	0	0	0			
	Não sei	1	2,5	2,6			
	Alguma componente	10	25,0	25,6			
	Muita componente	28	70,0	71,8			
	Total	39	97,5	100,0			
	Omisso	1	2,5				
	Total	40	100,0				
Doença do coração	Nenhuma componente psicológica	1	2,5		28,250	8,0	0,000 ***
	Pouca componente	14	35,0				
	Não sei	4	10,0				
	Alguma componente	18	45,0				
	Muita componente	3	7,5				
	Total	40	100,0				
Artrite	Nenhuma componente psicológica	10	25,0		6,250	8,0	0,181 NS
	Pouca componente	13	32,5				
	Não sei	6	15,0				
	Alguma componente	7	17,5				
	Muita componente	4	10,0				
	Total	40	100,0				
Doença gastrointestinal	Nenhuma componente psicológica	1	2,5		41,750	8,0	0,000 ***
	Pouca componente	5	12,5				
	Não sei	6	15,0				
	Alguma componente	24	60,0				
	Muita componente	4	10,0				
	Total	40	100,0				
Doença pulmonar	Nenhuma componente psicológica	9	22,5		11,500	8,0	0,021*
	Pouca componente	12	30,0				
	Não sei	3	7,5				
	Alguma componente	13	32,5				
	Muita componente	3	7,5				
	Total	40	100,0				
Hipertensão arterial	Nenhuma componente psicológica	1	2,5		38,250	8,0	0,000 ***
	Pouca componente	11	27,5				
	Não sei	4	10,0				
	Alguma componente	22	55,0				
	Muita componente	2	5,0				
	Total	40	100,0				

Até ao momento verificamos que os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) da nossa amostra concordam com a maior parte das funções psicológicas descritas no questionário, o que veio confirmar que em termos profissionais os médicos e enfermeiros avaliam as funções de um psicólogo de forma diferente do que em termos pessoais. Esta ideia ressalta dos dados retirados do nosso segundo questionário, em que as funções ligadas á saúde eram pouco reconhecidas e atribuídas aos psicólogos. Verificamos, também, que algumas funções continuam a ser pouco percebidas como sendo do âmbito de intervenção do psicólogo na saúde, principalmente quando essas funções estão próximas ou podem ser confundidas com o campo da Medicina. Vimos, posteriormente que doenças como o cancro, artrite, doença do coração e pulmonar ainda registam um número elevado de médicos e enfermeiros a considerá-las problemas de saúde com pouco envolvimento psicológico.

5.3. Influência da Especialidade e o sexo na percepção da Psicologia na Saúde

De seguida iremos descrever os resultados em termos de funções dos psicólogos na saúde e grau de envolvimento de componentes psicológicos em problemas médicos, tendo em conta o sexo e a especialidade, visto ser importante para os objectivos do estudo perceber se existem diferenças, principalmente entre médicos e enfermeiros, pois face ao nosso quadro teórico existe uma forte hipótese de existirem diferenças entre estes dois grupos profissionais.

Assim e relativamente aos resultados do nosso primeiro grupo de questões, referente as funções dos psicólogos na saúde, apenas encontramos diferenças pouco significativas (quadro 36) entre médicos e enfermeiros na função do acompanhamento dos profissionais de saúde em que dentro dos que discordavam, somente os médicos o fizeram, onde seis disseram que discordavam e dois que não sabiam, ao contrário dos enfermeiros em que onze concordavam e quatro concordavam muito, ou seja a totalidade da amostra. Este resultado indica que os profissionais de enfermagem estarão mais receptivos ao apoio psicológico (terapêutico ou formativo) do que os médicos. Nas restantes funções não encontramos diferenças significativas entre médicos e enfermeiros.

Ao analisarmos as funções em que existem um maior número de discordância, verificamos que dos 22,5% dos profissionais que discordaram da função de aconselhamento pré-tratamento médico, a maioria são médicos e somente um enfermeiro foi dessa opinião. Também no caso da função sobre a responsabilização por sectores e unidades de serviços, dos 30,8% dos que discordaram somente três foram enfermeiros. Por fim, quanto à função de diagnóstico e ou tratamento de problemas de ansiedade e depressão em crianças, jovens e adultos, dos 17,5% dos que discordaram, 12,5% dos que não sabiam e dos 2,5% dos que discordavam muito, somente 2 enfermeiros disseram que discordavam dessa função.

Quadro 36 – Distribuição por funções dos psicólogos na saúde e por grupo profissional

Funções	Escala de resposta	Frequências – Especialidade			Qui Quadrado	Sig. De p.
		Enfermeiros	Médicos	Total		
Acompanhamento de pacientes com depressão/ansiedade	Discordo Muito	0	0	0	3,536	0,171 NS
	Discordo	0	1	1		
	Não sei	0	0	0		
	Concordo	8	19	27		
	Concordo Muito	7	5	12		
	Total	15	25	40		
Consultas a grupos de grávidas adolescentes	Discordo Muito	0	0	0	1,108	0,575 NS
	Discordo	0	1	1		
	Não sei	0	0	0		
	Concordo	9	17	26		
	Concordo Muito	6	7	13		
	Total	15	25	40		
Aconselhamento pré-tratamento médico	Discordo Muito	0	0	0	7,585	0,055 NS
	Discordo	1	8	9		
	Não sei	1	3	4		
	Concordo	13	11	24		
	Concordo Muito	0	3	3		
	Total	15	25	40		
Psicoterapias curtas e longas	Discordo Muito	0	1	1	3,222	0,521 NS
	Discordo	1	2	3		
	Não sei	1	6	7		
	Concordo	8	10	18		
	Concordo Muito	5	5	10		
	Total	15	24	39		
Supervisão de estágios de Psicologia	Discordo Muito	0	0	0	2,240	0,524 NS
	Discordo	1	0	1		
	Não sei	2	6	8		
	Concordo	6	10	16		
	Concordo Muito	6	9	15		
	Total	15	25	40		
Mediação na relação médico-doente ou funcionário-doente	Discordo Muito	0	1	1	4,537	0,338 NS
	Discordo	3	6	9		
	Não sei	1	6	7		
	Concordo	10	12	22		
	Concordo Muito	1	0	1		
	Total	15	25	40		
Acompanhamento dos profissionais de saúde	Discordo Muito	0	0	0	8,774	0,032 *
	Discordo	0	6	6		
	Não sei	0	2	2		
	Concordo	11	16	27		
	Concordo Muito	4	1	5		
	Total	15	25	40		
Aconselhamento psicológico no pré e pós teste para o HIV, indivíduo e família	Discordo Muito	0	0	0	5,687	0,128 NS
	Discordo	0	1	1		
	Não sei	0	3	3		
	Concordo	9	17	26		
	Concordo Muito	6	3	9		
	Total	15	24	39		

Quadro 36 – Distribuição por funções dos psicólogos na saúde e por grupo profissional (continuação)

Consultas de Psicologia	Discordo Muito	0	0	0	4,350	0,226 NS
	Discordo	0	1	1		
	Não sei	0	2	2		
	Concordo	7	15	22		
	Concordo Muito	8	6	14		
	Total	15	24	39		
Apoio psicológico a doentes com diabetes e outras doenças crónicas	Discordo Muito	0	0	0	1,458	0,692 NS
	Discordo	1	1	2		
	Não sei	0	2	2		
	Concordo	12	18	30		
	Concordo Muito	2	4	6		
	Total	15	25	40		
Apoio psicológico a doentes em internamento nos hospitais	Discordo Muito	0	0	0	2,811	0,422 NS
	Discordo	0	2	2		
	Não sei	0	2	2		
	Concordo	11	18	29		
	Concordo Muito	3	3	6		
	Total	14	25	39		
Estudo psicológico de indivíduos e psicodiagnóstico	Discordo Muito	0	0	0	2,854	0,415 NS
	Discordo	0	3	3		
	Não sei	2	3	5		
	Concordo	9	10	19		
	Concordo Muito	4	9	13		
	Total	15	25	40		
Estudo psicológico de grupos populacionais para fins de prevenção e tratamento	Discordo Muito	0	0	0	0,404	0,939 NS
	Discordo	1	3	4		
	Não sei	1	2	3		
	Concordo	9	13	22		
	Concordo Muito	4	7	11		
	Total	15	25	40		
Elaboração e participação em programas de educação para a saúde	Discordo Muito	0	0	0	0,162	0,984 NS
	Discordo	1	1	2		
	Não sei	1	2	3		
	Concordo	9	15	24		
	Concordo Muito	4	7	11		
	Total	15	25	40		
Aconselhamento psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo	Discordo Muito	0	0	0	2,336	0,311 NS
	Discordo	0	0	0		
	Não sei	0	3	3		
	Concordo	11	18	29		
	Concordo Muito	4	4	8		
	Total	15	25	40		
Responsabilidade pela escolha, administração e utilização do equipamento técnico específico da psicologia	Discordo Muito	0	0	0	1,105	0,776 NS
	Discordo	0	1	1		
	Não sei	2	5	7		
	Concordo	7	9	16		
	Concordo Muito	6	10	16		
	Total	15	25	40		
Tratamento de doentes com problemas psicológicos	Discordo Muito	0	0	0	3,602	0,308 NS
	Discordo	0	3	3		
	Não sei	1	3	4		
	Concordo	7	13	20		
	Concordo Muito	7	6	13		
	Total	15	25	40		
Participação em programas de investigação	Discordo Muito	0	0	0	1,841	0,606 NS
	Discordo	0	2	2		
	Não sei	2	5	7		
	Concordo	10	13	23		
	Concordo Muito	3	4	7		
	Total	15	24	39		

Quadro 36 – Distribuição por funções dos psicólogos na saúde e por grupo profissional (conclusão)

Responsabilização por sectores ou unidades de serviços	Discordo Muito	0	1	1	2,295	0,513 NS
	Discordo	3	9	12		
	Não sei	5	5	10		
	Concordo	7	9	16		
	Concordo Muito	0	0	0		
	Total	15	24	39		
Participação em júri e concursos de avaliação	Discordo Muito	0	1	1	3,957	0,412 NS
	Discordo	1	5	6		
	Não sei	3	5	8		
	Concordo	11	12	23		
	Concordo Muito	0	2	2		
	Total	15	25	40		
Acompanhamento de doentes oncológicos	Discordo Muito	0	0	0	0,516	0,915 NS
	Discordo	1	1	2		
	Não sei	1	2	3		
	Concordo	4	9	13		
	Concordo Muito	9	13	22		
	Total	15	25	40		
Diagnóstico e/ou tratamento de problemas de ansiedade, depressão em crianças, jovens e adultos	Discordo Muito	0	1	1	5,531	0,237 NS
	Discordo	2	5	7		
	Não sei	0	5	5		
	Concordo	5	7	12		
	Concordo Muito	8	7	15		
	Total	15	25	40		
Ensino de técnicas de relaxamento	Discordo Muito	0	0	0	4,387	0,233 NS
	Discordo	2	0	2		
	Não sei	1	3	4		
	Concordo	7	16	23		
	Concordo Muito	5	6	11		
	Total	15	25	40		
Contribuir para a humanização dos serviços de saúde	Discordo Muito	0	0	0	1,762	0,623 NS
	Discordo	0	1	1		
	Não sei	1	2	3		
	Concordo	10	13	23		
	Concordo Muito	3	9	12		
	Total	14	25	39		

Relativamente ao grau de envolvimento psicológico em problemas médicos (quadro 37), encontramos diferenças pouco significativas em dois problemas, respectivamente, na doença do coração, em que são os médicos que mais percebem a doença do coração como tendo alguma componente psicológica (total de 15) e a doença gastrointestinal onde também são os médicos (total de 18) que mais consideram que estão componentes psicológicos envolvidos nesta patologia.

Quadro 37 – Distribuição por grau de envolvimento psicológico e por grupo profissional

Problemas Médicos	Escala de resposta	Frequência - Especialidade			Qui Quadrado	Sig. de p.
		Enfermeiros	Médicos	Total		
Alcoolismo	Nenhuma componente psicológica	0	0	0	0,444	0,505 NS
	Pouca componente	0	0	0		
	Não sei	0	0	0		
	Alguma componente	7	9	16		
	Muita componente	8	16	24		
	Total	15	25	40		
Obesidade	Nenhuma componente psicológica	0	0	0	3,654	0,301 NS
	Pouca componente	0	3	3		
	Não sei	0	1	1		
	Alguma componente	10	17	27		
	Muita componente	5	4	9		
	Total	15	25	40		
Dor de Cabeça	Nenhuma componente psicológica	0	0	0	1,549	0,671 NS
	Pouca componente	1	1	2		
	Não sei	2	2	4		
	Alguma componente	11	17	28		
	Muita componente	1	5	6		
	Total	15	25	40		
Cancro	Nenhuma componente psicológica	2	3	5	2,814	0,589 NS
	Pouca componente	3	4	7		
	Não sei	0	3	3		
	Alguma componente	3	8	11		
	Muita componente	6	7	13		
	Total	14	25	39		
Depressão	Nenhuma componente psicológica	0	0	0	2,030	0,362 NS
	Pouca componente	0	0	0		
	Não sei	1	0	1		
	Alguma componente	4	6	10		
	Muita componente	9	19	28		
	Total	14	25	39		
Doença do coração	Nenhuma componente psicológica	1	0	1	11,200	0,024 *
	Pouca componente	7	7	14		
	Não sei	1	3	4		
	Alguma componente	3	15	18		
	Muita componente	3	0	3		
	Total	15	25	40		
Artrite	Nenhuma componente psicológica	4	6	10	1,495	0,827 NS
	Pouca componente	5	8	13		
	Não sei	1	5	6		
	Alguma componente	3	4	7		
	Muita componente	2	2	4		
	Total	15	25	40		
Doença gastrointestinal	Nenhuma componente psicológica	1	0	1	10,631	0,031 *
	Pouca componente	4	1	5		
	Não sei	1	5	6		
	Alguma componente	6	18	24		
	Muita componente	3	1	4		
	Total	15	25	40		
Doença pulmonar	Nenhuma componente psicológica	4	5	9	2,101	0,717 NS
	Pouca componente	3	9	12		
	Não sei	1	2	3		
	Alguma componente	5	8	13		
	Muita componente	2	1	3		
	Total	15	25	40		
Hipertensão arterial	Nenhuma componente psicológica	1	0	1	4,509	0,341 NS
	Pouca componente	5	6	11		
	Não sei	0	4	4		
	Alguma componente	8	14	22		
	Muita componente	1	1	2		
	Total	15	25	40		

Após termos visto os resultados e diferenças dos dois grupos do questionário por especialidade, iremos agora analisar os resultados em função do sexo dos inquiridos.

Verificamos que não existem diferenças significativas entre sujeitos do sexo feminino e masculino no que se refere às funções dos psicólogos na saúde (quadro 38), exceptuando o caso da função sobre a participação em programas de investigação, onde encontramos uma diferença pouco significativa. Sobre esta função os sujeitos do sexo masculino parecem ter mais dúvidas do que os sujeitos do sexo feminino, pois dos sete sujeitos que responderam que não sabiam, todos eles eram do sexo masculino.

Quadro 38 – Distribuição por funções dos psicólogos na saúde e por sexo dos inquiridos

Funções	Escala de resposta	Frequências – Sexo			Qui Quadrado	Sig. de p.
		Feminino	Masculino	Total		
Acompanhamento de pacientes com depressão/ansiedade	Discordo Muito	0	0	0	0,991	0,609 NS
	Discordo	1	0	1		
	Não sei	0	0	0		
	Concordo	15	11	26		
	Concordo Muito	6	6	12		
	Total	22	17	39		
Consultas a grupos de grávidas adolescentes	Discordo Muito	0	0	0	1,460	0,482 NS
	Discordo	1	0	1		
	Não sei	0	0	0		
	Concordo	15	10	25		
	Concordo Muito	6	7	13		
	Total	22	17	39		
Aconselhamento pré-tratamento médico	Discordo Muito	0	0	0	4,830	0,185 NS
	Discordo	6	3	9		
	Não sei	3	1	4		
	Concordo	10	13	23		
	Concordo Muito	3	0	3		
	Total	22	17	39		
Psicoterapias curtas e longas	Discordo Muito	1	0	1	3,823	0,430 NS
	Discordo	3	0	3		
	Não sei	3	4	7		
	Concordo	9	8	17		
	Concordo Muito	5	5	10		
	Total	21	17	38		
Supervisão de estágios de Psicologia	Discordo Muito	0	0	0	2,636	0,451 NS
	Discordo	1	0	1		
	Não sei	3	5	8		
	Concordo	10	5	15		
	Concordo Muito	8	7	15		
	Total	22	17	39		
Mediação na relação médico-doente ou funcionário-doente	Discordo Muito	0	1	1	8,273	0,082 NS
	Discordo	7	2	9		
	Não sei	6	1	7		
	Concordo	9	12	21		
	Concordo Muito	0	1	1		
	Total	22	17	39		
Acompanhamento dos profissionais de saúde	Discordo Muito	0	0	0	0,855	0,836 NS
	Discordo	4	2	6		
	Não sei	1	1	2		
	Concordo	15	11	26		
	Concordo Muito	2	3	5		
	Total	22	17	39		
Aconselhamento psicológico no pré e pós teste para o HIV, indivíduo e família	Discordo Muito	0	0	0	2,046	0,563 NS
	Discordo	0	1	1		
	Não sei	2	1	3		
	Concordo	15	10	25		
	Concordo Muito	4	5	9		
	Total	21	17	38		
Consultas de Psicologia	Discordo Muito	0	0	0	2,838	0,417 NS
	Discordo	0	1	1		
	Não sei	2	0	2		
	Concordo	12	9	21		
	Concordo Muito	8	6	14		
	Total	22	16	38		

Quadro 38 – Distribuição por funções dos psicólogos na saúde e por sexo dos inquiridos (continuação)

Apoio psicológico a doentes com diabetes e outras doenças crónicas	Discordo Muito	0	0	0	2,936	0,402 NS
	Discordo	2	0	2		
	Não sei	1	1	2		
	Concordo	17	12	29		
	Concordo Muito	2	4	6		
	Total	22	17	39		
Apoio psicológico a doentes em internamento nos hospitais	Discordo Muito	0	0	0	2,095	0,553 NS
	Discordo	1	1	2		
	Não sei	2	0	2		
	Concordo	15	14	29		
	Concordo Muito	4	2	6		
	Total	22	17	39		
Estudo psicológico de indivíduos e psicodiagnóstico	Discordo Muito	0	0	0	1,103	0,776 NS
	Discordo	2	1	3		
	Não sei	2	2	4		
	Concordo	12	7	19		
	Concordo Muito	6	7	13		
	Total	22	17	39		
Estudo psicológico de grupos populacionais para fins de prevenção e tratamento	Discordo Muito	0	0	0	0,215	0,975 NS
	Discordo	2	2	4		
	Não sei	2	1	3		
	Concordo	12	9	21		
	Concordo Muito	6	5	11		
	Total	22	17	39		
Elaboração e participação em programas de educação para a saúde	Discordo Muito	0	0	0	4,657	0,199 NS
	Discordo	1	1	2		
	Não sei	0	3	3		
	Concordo	15	8	23		
	Concordo Muito	6	5	11		
	Total	22	17	39		
Aconselhamento psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo	Discordo Muito	0	0	0	0,944	0,608 NS
	Discordo	0	0	0		
	Não sei	1	2	3		
	Concordo	17	11	28		
	Concordo Muito	4	4	8		
	Total	22	17	39		
Responsabilidade pela escolha, administração e utilização do equipamento técnico específico da psicologia	Discordo Muito	0	0	0	2,459	0,483 NS
	Discordo	0	1	1		
	Não sei	3	4	7		
	Concordo	10	5	15		
	Concordo Muito	9	7	16		
	Total	22	17	39		
Tratamento de doentes com problemas psicológicos	Discordo Muito	0	0	0	5,796	0,122 NS
	Discordo	1	2	3		
	Não sei	4	0	4		
	Concordo	12	7	19		
	Concordo Muito	5	8	13		
	Total	22	17	39		
Participação em programas de investigação	Discordo Muito	0	0	0	9,003	0,029 *
	Discordo	0	2	2		
	Não sei	7	0	7		
	Concordo	10	12	22		
	Concordo Muito	4	3	7		
	Total	21	17	38		
Responsabilização por sectores ou unidades de serviços	Discordo Muito	0	1	1	2,295	0,513 NS
	Discordo	6	5	11		
	Não sei	7	3	10		
	Concordo	8	8	16		
	Concordo Muito	0	0	0		
	Total	21	17	38		
Participação em júri e concursos de avaliação	Discordo Muito	0	1	1	3,266	0,514 NS
	Discordo	4	2	6		
	Não sei	4	3	7		
	Concordo	12	11	23		
	Concordo Muito	2	0	2		
	Total	22	17	39		
Acompanhamento de doentes oncológicos	Discordo Muito	0	0	0	4,956	0,175 NS
	Discordo	2	0	2		
	Não sei	3	0	3		
	Concordo	7	5	12		
	Concordo Muito	10	12	22		
	Total	22	17	39		
Diagnóstico e/ou tratamento de problemas de ansiedade, depressão em crianças, jovens e adultos	Discordo Muito	1	0	1	4,360	0,360 NS
	Discordo	6	1	7		
	Não sei	3	2	5		
	Concordo	5	6	11		
	Concordo Muito	7	8	15		
	Total	22	17	39		

Quadro 38 – Distribuição por funções dos psicólogos na saúde e por sexo dos inquiridos (conclusão)

Ensino de técnicas de relaxamento	Discordo Muito	0	0	0	6,650	0,084 NS
	Discordo	2	0	2		
	Não sei	2	2	4		
	Concordo	15	7	22		
	Concordo Muito	3	8	11		
	Total	22	17	39		
Contribuir para a humanização dos serviços de saúde	Discordo Muito	0	0	0	5,611	0,132 NS
	Discordo	0	1	1		
	Não sei	0	3	3		
	Concordo	14	8	22		
	Concordo Muito	7	5	12		
	Total	21	17	38		

Relativamente ao grau de envolvimento psicológico em determinados problemas médicos, encontramos diferenças (quadro 39), apesar de pouco significativas, entre sujeitos do sexo masculino e feminino, no caso da obesidade, onde mais homens do que mulheres consideram a obesidade um problema de saúde que contém alguma componente psicológica e no caso da doença pulmonar, onde mais homens do que mulheres consideram que na doença pulmonar existe pouca componente psicológica.

Quadro 39 – Distribuição por grau de envolvimento psicológico e por sexo dos inquiridos

Problemas Médicos	Escala de resposta	Frequência – Sexo			Qui Quadrado	Sig. de p.
		Masculino	Feminino	Total		
Alcoolismo	Nenhuma componente psicológica	0	0	0	1,043	0,307 NS
	Pouca componente	0	0	0		
	Não sei	0	0	0		
	Alguma componente	10	5	15		
	Muita componente	12	12	24		
	Total	22	17	39		
Obesidade	Nenhuma componente psicológica	0	0	0	11,453	0,010 **
	Pouca componente	3	0	3		
	Não sei	1	0	1		
	Alguma componente	17	9	26		
	Muita componente	1	8	9		
	Total	22	17	39		
Dor de Cabeça	Nenhuma componente psicológica	0	0	0	2,436	0,487 NS
	Pouca componente	2	0	2		
	Não sei	3	1	4		
	Alguma componente	14	13	27		
	Muita componente	3	3	6		
	Total	22	17	39		
Cancro	Nenhuma componente psicológica	4	0	4	6,340	0,175 NS
	Pouca componente	5	2	7		
	Não sei	1	2	3		
	Alguma componente	7	4	11		
	Muita componente	5	8	13		
	Total	22	16	38		
Depressão	Nenhuma componente psicológica	0	0	0	1,226	0,542 NS
	Pouca componente	0	0	0		
	Não sei	1	0	1		
	Alguma componente	6	3	9		
	Muita componente	15	13	28		
	Total	22	16	38		
Doença do coração	Nenhuma componente psicológica	0	1	1	6,275	0,180 NS
	Pouca componente	9	4	13		
	Não sei	2	2	4		
	Alguma componente	11	7	18		
	Muita componente	0	3	3		
	Total	22	17	39		
Artrite	Nenhuma componente psicológica	6	3	9	5,959	0,202 NS
	Pouca componente	8	5	13		
	Não sei	4	2	6		
	Alguma componente	4	3	7		
	Muita componente	0	4	4		
	Total	22	17	39		
Doença gastrointestinal	Nenhuma componente psicológica	0	1	1	4,771	0,312 NS
	Pouca componente	2	2	4		
	Não sei	5	1	6		
	Alguma componente	14	10	24		
	Muita componente	1	3	4		
	Total	22	17	39		
Doença pulmonar	Nenhuma componente psicológica	5	3	8	12,422	0,014 *
	Pouca componente	11	1	12		
	Não sei	1	2	3		
	Alguma componente	5	8	13		
	Muita componente	0	3	3		
	Total	22	17	39		
Hipertensão arterial	Nenhuma componente psicológica	0	1	1	3,741	0,442 NS
	Pouca componente	8	3	11		
	Não sei	3	1	4		
	Alguma componente	10	11	21		
	Muita componente	1	1	2		
	Total	22	17	39		

Depois de termos efectuado a descrição e análise dos resultados encontrados, iremos a seguir apresentar uma síntese dos dados empíricos, incluindo algumas conclusões retiradas dos instrumentos anteriores utilizados neste estudo, enquadrar os dados obtidos com o nosso racional teórico e compará-los com estudos anteriores, de forma a que nos possibilite retirar algumas conclusões finais sobre a imagem do psicólogo e da Psicologia na saúde e como esses profissionais encaram as funções dos psicólogos na saúde.

Assim, verificamos, inicialmente, que **os médicos e enfermeiros da nossa amostra final possuem uma atitude positiva em relação aos psicólogos e a Psicologia, pois consideram-na importante, mas ainda pouco visível na prática.** Nas entrevistas iniciais e no primeiro questionário podemos identificar dois resultados comuns. Assim, ambos os profissionais percebem as **funções dos psicólogos na saúde como sendo de apoio e assistência a doentes e familiares, atribuem muita importância a este trabalho, mas ainda têm pouco conhecimento sobre a Psicologia da Saúde.** Após a realização do segundo questionário verificamos que os profissionais responderam as questões não como médicos e enfermeiros mas sim enquanto pessoas sem uma identidade profissional, devido basicamente à forma das perguntas do instrumento. Apesar de inicialmente não ter sido essa a nossa intenção, possibilitou-nos obter alguns resultados interessantes. Um deles refere-se ao valor social atribuído à Psicologia e ao grau de cientificidade da mesma. Verificamos que a Psicologia em comparação com outras áreas profissionais é uma das menos valorizadas, bem como menos científica. Esta visão por parte dos médicos e enfermeiros pode ser preocupante, principalmente no âmbito da integração dos psicólogos nos serviços de saúde e no caso dos que já trabalham na saúde, na relação com esses profissionais. Podemos ainda verificar que **os médicos e enfermeiros gostariam de conhecer mais sobre as investigações realizadas na área da Psicologia da Saúde,** revelando ter somente um conhecimento médio desta disciplina. A falta de informação por parte destes profissionais também foi reconhecido como um problema por parte de Justo (data) que refere que **é necessário investigar sem esquecer a comunicação com os técnicos da área da saúde, uma vez que esta comunicação é condição de sobrevivência de qualquer serviço de Psicologia “nascente”.** Para além disso, verificamos que os profissionais inquiridos referem com muita frequência que a Psicologia da Saúde ainda está pouco presente na prática. Este facto advém da complexidade em termos de campos de

intervenção da própria Psicologia da Saúde e de conflitualidades internas da Psicologia (Leal, 1992).

Os resultados anteriores mostra-nos que a **visibilidade social dos Psicólogos é reduzida, nomeadamente em contexto hospitalar, o que parece ser diferente em outros contextos funcionais da Psicologia como escolas, empresas e dentro da área da saúde todos os contextos de saúde mental. A imagem que os médicos e enfermeiros possuem das funções de um psicólogo estão maioritariamente ligadas a esses contextos.**

Podemos, contudo, novamente verificar que os médicos e enfermeiros consideram a Psicologia e as funções do psicólogo importantes. Identificam, como já referimos, com maior frequência funções na área da orientação vocacional, testagem (exames psicológicos) e aconselhamento. Contudo, se questionados sobre a Psicologia da Saúde, apontam funções dos psicólogos muito mais relacionadas com a saúde, nomeadamente o apoio psicológico a doentes e familiares, entre outras.

Através dos resultados do nosso último instrumento verificamos que todas as funções descritas são consideradas do âmbito da Psicologia. Contudo algumas **funções como aconselhamento em áreas muito técnicas como cirurgias, diagnóstico e tratamento e responsabilização por sectores ou unidades de serviços, possuem graus de discordância elevados.** Este resultado aliado aos resultados do segundo instrumento, em que funções associadas á saúde eram vistas como competência médica ou de enfermagem, nomeadamente funções que têm por base mudança de comportamentos como é o caso da alteração de hábitos alimentares. Quanto mais a intervenção psicológica se aproxima de áreas e domínios tradicionalmente da Medicina mais resistência poderá, então, surgir, tendo em conta os resultados anteriores.

Assim, verificamos que em termos de imagem os psicólogos são percepcionados como profissionais que têm ou devem ter **funções relacionadas com o apoio psicológico, o acompanhamento, consultas e algum aconselhamento e mediação à doentes e familiares.** Essas funções serão aceites, ou melhor, os médicos e enfermeiros serão mais receptivos, no **caso de doenças como a depressão, doenças pulmonares, do foro respiratório, doenças cardíacas, obesidade, alcoolismo, doenças gastrointestinais**

(muitas delas de origem psicossomática) e menos em doenças como a artrite. De realçar que os médicos parecem discordar mais com a função de acompanhamento dos profissionais de saúde, ao contrário dos enfermeiros. De forma não significativa mas mais elevada, as funções de responsabilização de serviços, diagnóstico e tratamento, e aconselhamento antes de um tratamento médico (ex. cirurgia) apresentam maior discordância mais por parte dos médicos do que enfermeiros. Estes resultados podem sugerir que **os profissionais de enfermagem estarão mais receptivos a intervenção dos psicólogos na saúde do que os médicos**, principalmente em áreas e com funções, tradicionalmente, associadas ao domínio da Medicina. Em termos de imagem, parece-nos que os médicos e enfermeiros terão uma imagem diferente da Psicologia e dos psicólogos na saúde. Este resultado vai de encontro com a nossa parte teórica, onde fica claro que a resistência a intervenções psicológicas é menor por parte dos enfermeiros do que dos médicos, onde os conflitos de poder são maiores. Este facto justifica-se pela própria história e evolução presente da enfermagem em que cada vez mais essa classe assume para si o papel de apoio psicossocial, ao contrário do desenvolvimento da Medicina que é muito mais tecnicista (Carapinheiro, 1994).

Como síntese, podemos realçar os seguintes resultados que contribuem para a formação de uma imagem dos psicólogos na saúde: **a imagem é positiva; o psicólogo é visto como o profissional que mais entende do comportamento humano**, que desempenha funções em diversas áreas, nomeadamente na saúde, mas está mais associado a orientação vocacional, testagens e aconselhamento afectivo/emocional; **na saúde o psicólogo está mais associado a funções de apoio e assistência a doentes e familiares e menos associado a funções de diagnóstico e tratamento e responsabilização de serviços; Doenças como o cancro ou a artrite são vista como tendo pouca componente psicológica envolvida**, ao contrário da depressão, dor de cabeça, alcoolismo, obesidade e doenças do coração. Já outras doenças como as pulmonares, hipertensão arterial ou gastrointestinais são vistas como tendo um grau moderado de envolvimento psicológico; **a Psicologia da Saúde é entendida como necessária, útil e importante mas ainda percebida como escassa nos nossos serviços de saúde**. Um resultado bastante importante relaciona-se com o facto dos profissionais considerarem terem um conhecimento médio sobre a Psicologia e sugerirem uma maior divulgação das investigações feitas nesta área, o que vem de

encontro com o que Botelo (1989) refere sobre o **papel e funções do psicólogo**, onde diz existir uma **falta de informação** neste sector.

Terminada a análise dos resultados obtidos, apresentaremos as nossas conclusões e sugestões para o futuro da intervenção dos psicólogos na saúde e da sua relação com outros profissionais de saúde.

Conclusões

O presente trabalho teve como principal objectivo perceber qual a imagem dos psicólogos na saúde e como médicos e enfermeiros encaram as funções dos psicólogos na saúde. Constatamos que existe uma ampla literatura sobre o conceito de representações sociais e atitudes, conceitos esses muito mais abrangentes do que o conceito de imagem que é um pouco mais geral e similar ao conceito de percepção e um pouco mais distante do conceito de opinião. Existem também bastantes estudos sobre a imagem pública dos psicólogos, quer nos EUA, quer na Europa, apesar do estado diferente da Psicologia da Saúde, nomeadamente em Portugal, onde parece estar com um atraso considerável relativamente aos EUA. Contudo, estudos que visem perceber essa imagem por parte de um grupo específico da população, como o caso do presente estudo (médicos e enfermeiros), são poucos. Consideramos que a imagem pública é um aspecto importante e visto a integração dos psicólogos na saúde ser cada vez maior, a imagem dos psicólogos numa área vasta e complexa como a saúde deve ser estudada.

Para atingir este objectivo realizamos uma investigação constituída por duas partes. Na primeira, apresentámos o enquadramento teórico, em que consideramos a evolução do conceito de Psicologia da Saúde e sua evolução em Portugal, percebendo que o movimento geral vai no sentido de esbater a destriça entre saúde mental e saúde física, apesar da dificuldade de o implementar na prática, existindo ainda hoje em alguns países uma divisão clara entre os psicólogos clínicos que se reclamam da saúde mental, e os psicólogos clínicos que se reclamam da saúde, o que implica a distinção entre Psicologia Clínica e Psicologia da Saúde. Para os primeiros a ligação à doença e saúde mental permanece, tentando transpor os quadros clássicos da avaliação, investigação e intervenção para os novos contextos de intervenção. Para os segundos a doença mental é apenas uma de entre outras e o trabalho vai no sentido de efectuarem investigações e intervenções adequadas às variadas situações com que se defrontam. As diferenças assentam, sobretudo, nos conceitos de saúde e doença, de comportamento, stress psicossocial, estratégias de coping aderência ao tratamento, estilo de vida e as ligações sociais (Viana & Almeida, 1998).

Ainda no enquadramento teórico consideramos a definição de conceitos como representações sociais, atitudes e imagem, e apesar da dificuldade da sua definição, é consensual que uma imagem se baseia em informações que recebemos, podendo também

ser considerada como uma percepção, visão de algo, etc. Por fim, estudamos a imagem dos psicólogos na saúde, verificando que não existem questionários específicos sobre a imagem da Psicologia e psicólogos em contextos diferenciados, sendo os estudos realizados, maioritariamente, no âmbito da imagem pública. Verificamos também que a questão da imagem, ou melhor, que a forma como os outros vêem a Psicologia e os psicólogos pode condicionar quer a relação ou trabalho em equipa, quer a integração e aumento dos psicólogos no sistema de saúde.

Percebemos também que os problemas anteriores estão relacionados entre si, não só devido a aspectos externos à Psicologia como também a aspectos internos, como por exemplo a falta de divulgação para fora do circuito psicológico das investigações realizadas, principalmente na área da saúde e a proliferação de vários modelos e orientações que de alguma forma podem contribuir para uma certa confusão em termos de imagem dos psicólogos.

Na segunda parte deste trabalho apresentámos a investigação empírica realizada, a qual foi procedida pela construção de um instrumento que permitisse perceber a imagem dos psicólogo no sector da saúde. Este processo foi bastante moroso e complexo devido à dificuldade de adaptar instrumentos construídos para estudos da imagem pública dos psicólogos, aos objectivos do nosso estudo. Tentamos discutir os resultados de uma forma integrada, tentando gerar uma mais valia para a compreensão de como os profissionais da Medicina e Enfermagem vêem a Psicologia, o seu envolvimento em problemas de saúde e as funções de um psicólogo nesta área, bem como fornecer informações úteis e interessantes tendo em conta o desenvolvimento da especialidade da Psicologia da Saúde em Portugal.

Através dos resultados obtidos, embora válidos apenas para o grupo específico de sujeitos estudados, dadas as limitações e tamanho da amostra, concluímos que os médicos e enfermeiros têm uma atitude positiva face aos psicólogos e ao seu trabalho na saúde. Ficou também claro que a função assistencial como o apoio, aconselhamento, acompanhamento de grupo, familiar ou individual aos doentes está bem integrada em termos pelo menos de imagem. Contudo percebemos que provavelmente este apoio terá mais receptividade no

caso de alguns problemas de saúde, como depressão, doenças do coração, obesidade, alcoolismo e dor de cabeça, ao contrário de doenças como a artrite e o cancro.

Concluimos, também que na Saúde a Psicologia serve não apenas a área da saúde mental, mais encontra-se hoje em serviços de um hospital. O tratamento, a reabilitação e adaptação à doença, a recuperação, a componente psíquica nalguns transtornos fisiológicos, a promoção da saúde e prevenção, ou as perturbações psicossomáticas exemplificam os contributos práticos da psicologia na área da saúde que não apenas na saúde ou doença mental (Leandro Almeida, 1993). Contudo, a intervenção parece ser ainda pouco pragmática e sistemática no sentido de atingir os objectivos da Psicologia da Saúde, visto ser mais centrada no acompanhamento psicológico individual e não tanto à nível de intervenções que se afastem de um modelo muito mais próximo da Psicologia tradicional do que da Psicologia da Saúde. A imagem dos outros profissionais de saúde, resultante deste estudo, em relação aos psicólogos é um reflexo desta situação.

A aplicação mais eficaz dos modelos e teorias trazidas à luz pela investigação à prática e a clarificação para os outros grupos profissionais de saúde das competências específicas dos psicólogos na saúde, nomeadamente em serviços hospitalares, são orientações importantes para que a imagem dos profissionais, que têm já um estatuto e papel social bem definido em instituições hospitalares como os médicos e enfermeiros, principalmente os médicos, se aproxime cada vez mais das reais competências e praticas provenientes da Psicologia da Saúde.

A interpretação dos resultados do presente estudo e a sua generalização exigem alguma prudência, uma vez que identificamos algumas limitações da investigação realizada. Destacamos em primeiro lugar, as limitações inerentes a um estudo do tipo exploratório, em que os instrumentos utilizados e processos metodológicos seguidos não foram validados. Contingências de ordem temporal relacionadas com a construção do instrumento e recolha de dados, não permitiram a constituição de uma amostra, cuja dimensão reunisse os critérios para procedermos à generalização dos resultados.

Não obstante as limitações que acabámos de referir, acreditamos que foi possível contribuir para a clarificação da imagem do psicólogo num campo de intervenção ainda recente no nosso país, como são os serviços de saúde. Para além disso, permitiu-nos

reflectir sobre formas mais eficazes de comunicação e relação com outros profissionais da área da saúde e para o domínio interno da Psicologia, pois as dificuldades de relação entre a Psicologia da Saúde e outras disciplinas psicológicas que também se preocupam com a saúde e bem estar humano (como a Psicologia Clínica ou a Psicologia Social da Saúde), dificulta a criação de uma imagem mais próxima do que consideramos ser a identidade de um psicólogo da saúde, profissional com uma visão global da saúde, que se preocupa não só com o melhorar, através da intervenção psicológica a saúde humana, mas também trabalha com pessoas saudáveis de forma a prevenir doenças e promover a sua saúde. A Psicologia da Saúde surge então como um campo integrador de outras disciplinas com diferentes níveis de actuação, clínica ou social. Partindo dessa concepção da identidade do psicólogo da saúde e da Psicologia da Saúde, consideramos ser interessante continuar a perceber o que pensam de nós, psicólogos, particularmente em contextos de saúde.

Pela sua própria vocação a Psicologia da Saúde compreende uma vastíssima área conceptual, metodológica e mesmo profissional, já que inclui as saúdes físicas e mental, abrange todo o campo da Medicina e transcende-o em direcção aos factores sociais, económicos, culturais e ecológicos relacionados com a saúde e a doença. Portanto, é natural num território tão novo e extenso como este surjam resistências e dificuldades, dentro ou fora da Psicologia, tanto mais que numa óptica da Psicologia da Saúde a tónica colocada sobre a experiência singular do sujeito esbate, de algum modo, importâncias antigas de classificação sobre o patológico e psicopatológico. Contudo, através de cada vez mais estudos sobre as representações sociais dos psicólogos, que são importantes e necessários, devido ao que vários autores chamam de problemática da identidade socio-profissional dos psicólogos (Teixeira, Sousa, Franco, 1992), poder-se-á atingir ou mesmo criar um perfil profissional do psicólogo da saúde ou do psicólogo clínico da saúde, uma vez que a tendência nacional, até mesmo por força da legislação vigente e ensino académico, parece preferir esta designação. Contudo, pensamos que na prática, quer para os profissionais da psicologia como para os outros profissionais de saúde, não é tão importante o nome mas sim as características e funções do psicólogo em contextos de saúde. No contexto de saúde os psicólogos terão que cada vez mais trabalhar no sentido de mostrar a sua especialidade e as vantagens em termos de custos para a saúde das suas intervenções. Para isso é importante criarem “alianças” com as várias especialidades médicas, melhorar as relações e compreenderem os papéis, valores e vocabulário de outros

profissionais de saúde, bem como o campo social/ecológico do sistema de saúde. Nesse sentido deverá a ver uma melhor articulação entre o ensino e os ainda pouco profissionais que trabalham no sector da saúde; uma melhor divulgação dos trabalhos e investigações efectuados na área, principalmente aos outros profissionais de saúde de sectores de poder no denso e complexo mundo dos cuidados diferenciados ou primários de saúde; sensibilizar os psicólogos, ao longo da sua formação académica e do seu estágio, para o carácter multidisciplinar do trabalho em saúde; estudar a possibilidade de criar uma formação ainda mais especializada dos psicólogos, especificamente dedicada ao campo da saúde, possibilitando um melhor enquadramento destes técnicos; fomentar o contacto entre os psicólogos e técnicos de outras áreas, possibilitando um intercâmbio de conhecimentos e de perspectivas; implementar acções de formação junto de técnicos de outras áreas, nomeadamente, médicos de diferentes especialidades.

Sugerimos que futuras investigações estudem a imagem dos psicólogos na saúde de forma mais alargada, incluindo profissionais de saúde dos diferentes tipos de cuidados, como os cuidados primários (centros de saúde) e cuidados diferenciados (clínicas, hospitais etc.). O estudo da nossa imagem de psicólogos pode e deve também passar pela própria Psicologia, ou seja, perceber o que os psicólogos, e mais interessante, o que os estudantes de Psicologia pensam da Psicologia da Saúde e da intervenção do psicólogo na saúde, o que já ultrapassa o âmbito dos objectivos deste trabalho.

O estado da Psicologia da Saúde no nosso país é positivo e promissor e cabe a nós psicólogos desenvolvermos ainda mais este cenário, nunca desvalorizando que quanto mais os outros conhecerem o nosso papel mais poderemos contribuir para a promoção e manutenção da saúde, objectivo principal de todo o e qualquer sistema de saúde.

Para terminar, o texto das publicações de McGraw-Hill (citado por William et al., 1997), está um pouco longe do discurso psicológico mas dá origem e desperta algumas perguntas e ao mesmo tempo ânsia de respondê-las, parecendo-nos ser aplicável ao nosso tema de estudo, bem como aos resultados encontrados e as conclusões deles extraídas:

Eu não sei quem você é
Eu não conheço a sua companhia
Eu não conheço o seu produto
Eu não conheço quais os seus objectivos
Não conheço os seus clientes
Eu não conheço a sua história
Eu não conheço a reputação da sua companhia
Agora – o que você quer me vender?

Bibliografia

- Abric, (1987). Coopération, Compétition et Représentation Sociales. In. Beauvois, *Perspectives Cognitives et Conduites Sociales*, Deval, (pp. 57-81).
- Adler, Cohen & Stone (1999). La formation e el exercício profissional. In Miguel Simón (Ed.), *Manual de Psicologia de la Salud: Fundamentos, Metodologia y Aplicaciones*. Biblioteca Nueva.
- Allport, G. (1935). Attitudes, in Murchison, C. (Ed.). *Handbook of Social Psychology*. Clark University Press.
- Armstrong, D. (1988). Historical origins of health behaviour. In R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D. MacQueen, & J. Turner (Eds.), *Health behaviour research and health promotion* (pp. 8-21). Oxford: Oxford University Press.
- Benjamin Jr. Ludy T. (1986). Why Don't They Understand Us? A History of Psycholog's Public Image. *American Psychologist*, 41, (9), 941-946.
- Botelo, I. (1989). Psicólogos e intervenção psicológica nos cuidados de saúde primários. In Isabel Botelo, J. P. Almeida, M. Geada e J. Justo (Eds.) , *A psicologia nos serviços de saúde*. Lisboa: Associação dos Psicólogos Portugueses, Colecção Temas de Psicologia, 3, 14-20.
- Carapinheiro, G. (1994). *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos serviços de saúde*. Edições Afrontamento: Lisboa.
- Carland, D. (1995). Collaborative practice: Psychologists and internists. *Handbook of Health Psychology*, (101-107). San Francisco: Jossey-Bass.
- Carvalho Teixeira, J. (1993). *Psicologia da Saúde e SIDA*. Lisboa: ISPA.
- Carvalho Teixeira, J. (1994). Psicologia da Saúde: Contributos para a descrição do seu estado actual e perspectivas futuras no ISPA. In McIntyre (Ed), *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras* (pp. 177-190). Braga: Apport.

- Carvalho Teixeira, J. ^a (1997). Formação em Psicologia da Saúde. Experiência do ISPA e necessidades de formação para o desenvolvimento da psicologia da saúde em Portugal. In J. L. Ribeiro (Ed.), *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa, Actas, 371-383.
- Carvalho Teixeira, J.; Cima, M.; Cruz, C. (1999). A Psicologia da Saúde em Portugal. *Análise Psicológica*, 17, (3), 435-453.
- Crossley, & Michele (2001). "Do we need to rethink health psychology". *Psychology, Health and Medicine*, 6(3), 264-265.
- Deardorff, W., Bellar, C. & Kelly, K. (1987). *The practice of clinical health psychology*. New York: Pergamon Press.
- Decreto-Lei n.º 241/94 de 22 de Setembro. *Diário da República N.º 220, I SérieA*.
- DeLeon, H.; Kjervik, D.; Kraut, A, VandenBos, G. (1985). Psychology and Nursing. *American Psychologist*, 40, (11), 1153-1164.
- Doise, W. (1991). Attitudes et representations sociales, in Jodelet, D., *Les representations sociales*. PUF, França.
- Durá, E. (2001). Entrevista. In *Boletim da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*, 5, (2), 3-4.
- England, K. & Druray, K. (1998). Attitudes Toward Psychology Relative to Other Disciplines. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, (2), 140-143.
- Farberman, Rhea, K., (1997). Public Attitudes about Psychologist and Mental Health Care: Research to Guide the American Psychological Association Public Education Campaign. *Professional Psychology Research and Practise*. 28, (2), 128-136.
- Farr, R. & Moscovici, S. (1984). *Social Representations*. Cambridge University Press, Inglaterra.

- Fontaine, p. (1993). The Public's Knowledge About Psychologists and Other Health Professionals. *American Psychologist*, 48, (7), 839-845.
- Friedlmayer, S. & Rossler, E. (1995). Professional identity and public image of austrian psychologist. *European Review of Applied Psychology*, 4, (3), 198-203.
- Haley, A (1998). Psychological practice in primary care settings: Practical tips of clinicians. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, (1), 237-244.
- Jodelet, D. (1972). Représentations Sociales : Un domaine en expansion. In Jodelet (Ed.) 1989. *Les Representations Sociales*. (pp 9-61). Paris : PUF.
- Jodelet, D. (1984). Representation sociale : phenomenes, concept et theorie, in S. Moscovici (Ed.), *Psychologie Sociale*. PUF, França.
- Jodelet, D. (1991). *Representations Sociales*. PUF, França.
- Jones, M.; Wood, W.; Benjamin, T. (1986). Surveying Psychology's public image. *American Psychologist*, 41, (9), 947-953.
- Jones, R. (Ed.) (1984). *Attitudes and attitude change in special education: theory and practice*. CEC-ERIC, EUA.
- Justo, J. (1989). Psicologia nos serviços de saúde. In Botelo, J. P. Almeida, M. Geadá e J. Justo (eds.), *A Psicologia nos Serviços de Saúde* (pp. 7-13). Lisboa: Apport.
- Katz, D. (1960). The functional approach to the study of attitudes. *Public Opinion Quarterly*, 24, 163-204.
- Koocher, G. (1996). Report of the Treasurer, 1995. Psychology's Public Image. *American Psychology*, 51, (8), 797-804.
- Leal, I. (2000). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio*. Lisboa: ISPA
- Liese, B. (1986). Physicians perceptions of the role of psychology in medicine. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, (3), 276-277.

- Ludovino, A (1990). O psicólogo nos Centros de Saúde. In Botelo & al. (Ed.), *A psicologia nos serviços de saúde*. Lisboa: Associação dos Psicólogos Portugueses, colecção de temas de psicologia, 3, 27-30.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behaviour Health and Behaviral Medicine: Fronters of a new Psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- McDaniel, S. H. (1995). Colaboration between psychologist and family physicians: Implementing the biopsychosocial model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, (2), 117-122.
- McIntyre, T. (1994). Psicologia da saúde: unidade na diversidade. In M. McIntyre (Ed.), *Psicologia da Saúde: Áreas de Investigação e Perspectivas Futuras*, (pp. 17-32). Braga: Apport.
- Miller, T., & Swartz, L. (1990). Clinical psychology in general hospital settings: Issues in interprofessional relationships. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 48-53.
- Montin, S. (1995). The public image of psychologists in Finland. *European Review of Applied Psychology*, 44 (3), 223-228.
- Moscovici, S. (1961). *La Psychanalyse, son image et son public*. 2ª ed. PUF. Paris.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse : son image et son public*. PUF, França.
- Moscovici, S. (1984). *Social Representations, Maison des Sciences de L'Home*. Cambridge Press.
- Moscovici, S. (1988). Notes toward a description of social representations. *European Journal of Social Psychology*, vol.18, 211-250.
- Moscovici, S. (1989). *Des Representations Collectives aux Representations Sociales : pour une histoire*. In Jodelet 1989. Cap.2. 62-65.
- Ogden, J. (1996). *Health Psychology: A textbook*. Buckingham: Open University Press.

- Pace & al. (1995). Psychological consultation with primary care physicians: Obstacles and opportunities in the medical setting. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, (2), 123-131.
- Paez et al. (1987). *Pensamiento, Individuo y Sociedade: Cognición y Representation Social*. 1ª ed. Madrid: Editorial Fundamieto.
- Pais Ribeiro, J. (1994). A Psicologia da Saúde e a segunda revolução da saúde. In McIntyre, T. (Ed.), *Psicologia da Saúde: Áreas de Investigação e Perspectivas Futuras*, (pp. 55-72). Braga: Apport.
- Pereira, H. M. P. (1996), *Crenças e atitudes da SIDA em meio prisional*. Monografia da área de Psicologia Clínica, ISPA, Lisboa.
- Pérez Álvarez, M. (1991). Medicina, Psicología de la Salud e Psicología Clínica. *Journal of Health Psychology*, 3, (21), 21-44.
- Piaget, J. (1967). *L'Psychologie de l'intelligence*. Calin, França.
- Portaria n.º 171/96 de 22 de Maio. *Diário da República N.º 119, I Série-B*.
- Raviv, A; Weiner, I. (1995). Why Don't They Like Us? Psychologist's Public Image in Israel During the Persian Gulf War. *Professional Psychology, Research and Practice*, 26 (1), 88-94.
- Schindler, F.; Berren, M. R.; Hannah, M. T.; Beigel, A.; Santiago, J. (1987). How the Public Perceives Psychiatrists, Psychologist, Nonpsychiatric Physicians and Members of the Clergy. *Professional Psychology, Research and Practice*, 18, (4), 371-376.
- Schwartz, G., & Weiss, S. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 249-251.
- Smith, M. (1990). Psychology in Public Interest. What Have We Done? What Can We Do? *American Psychologist*, 45, (4), 530-536.

- Smith, W., Kendall, C., & Keefe, J., (2002). Behavioral medicine and clinical health psychology: Introduction to the special issue, a view from decade of behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 459-462.
- Soczka, L. (1988). Representações Sociais, relações intergrupos e identidades profissionais dos Psicólogos. *Psicologia*, VI, (2), 253-278.
- Sousa, E. (1990). *Dos Conteúdos Representacionais às Representações Sociais*. Unidade de Psicologia Experimental. ISPA. Lisboa.
- Teixeira, J., Sousa, E., & Franco, A. (1992). O psicólogo nos centros de saúde: Dos conteúdos semânticos aos problemas de identidade. *Análise Psicológica*, 2(X), 205-211.
- Triandis, H. C. (1971). *Attitude and attitude change*. Wiley, EUA.
- Triandis, H. C. (1984). Perspectives and issues in the study of attitudes, in Jones, R., *Attitudes and attitudes change in special education*. CEC_ERIC, EUA.
- Viana, V., & Almeida, J. (1987). Psicologia Pediátrica: Intervenção psicológica em Pediatria. *Jornal de Psicologia*, 6, 10-13.
- Viana, V., & Almeida, J. (1989). Psicologia Pediátrica no Hospital São João do Porto: Análise Retrospectiva. In Botelo, J. P. Almeida, M. Geada e J. Justo (eds.), *A Psicologia nos Serviços de Saúde* (pp. 69-73). Lisboa: Apport.
- Viana, V., & Almeida, J. (1998). Psicologia Pediátrica: Do comportamento à saúde infantil. *Análise Psicológica*, 1(XVI), 29-40.
- Wallon, H. (1946). *Les origines de la pensée chez l'enfant*. PUF, França.
- Weeb, A R.; Speer, J. R. (1986). Prototype of a Profession: Psychology's Public Image. *Professional Psychology, Research and Practice*, 20, (5), 301-304.
- William, T., Sanderson, W., & Eshun, S. (1997). Report of the working group on clinical services. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 4(1), 3-12.

Anexos

1. Guião de entrevista

1. Quais são as funções que pensa que os psicólogos que trabalham na saúde desempenham ou podem desempenhar?
2. Qual a importância que atribui a essas funções?
3. Qual o papel que os psicólogos desempenham ou podem desempenhar como membro de uma equipa de saúde?
4. Como define a Psicologia da Saúde?

2. Primeiro Questionário

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Este questionário destina-se a uma investigação efectuada em colaboração com a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, no âmbito do programa de Mestrado e para qual pedimos a sua colaboração, sendo os dados anónimos e confidenciais.

Idade: _____ Sexo: F ☐ M ☐

Especialidade: _____

Serviço: _____

1- Enumere as funções que pensa que os psicólogos que trabalham na área da saúde desempenham ou podem desempenhar.

2- Qual a importância que atribui a essas funções?

3- Na sua opinião, qual o papel que desempenha ou pode desempenhar um psicólogo como membro de uma equipa de saúde?

4- Na sua opinião, como poderá ser definida a Psicologia da Saúde?

3. Segundo Questionário

FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Este Questionário destina-se a uma investigação efectuada em, colaboração com a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, no âmbito do programa de Mestrado e para qual pedimos a sua colaboração, sendo os dados anónimos e confidenciais.

Idade: _____ Sexo: F ☐ M ☐

Especialidade: _____

Serviço: _____

1. Na sua opinião:

Técnico de
Serviço
Social/Assistente
Social

Psicólogos(as)

Professores

Médicos

Padres

1.1- Quando alguém tem problemas, que profissional começaria por consultar?

☐☐☐☐☐

1.2- Que profissional consultaria em caso de depressão ou ansiedade?

☐☐☐☐☐

1.3- Na sua opinião, quem é o profissional com maior conhecimento sobre o comportamento humano?

☐☐☐☐☐

2- Na minha opinião é melhor as pessoas pedirem ajuda.... (escolha apenas uma opção)

Primeiro ao Psicólogo do que aos amigos ☐

Primeiro aos amigos do que ao Psicólogo ☐

3- Das seguintes situações indique a que profissional recorreria se precisasse de:

	Enfermeiro	Padre	Assistente Social	Economista	Engenheiro	Professor	Psicólogo	Psiquiatra	Médico
3.1. De pedir um conselho sobre orientação vocacional e profissional para o seu filho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. De recolher dados para uma sondagem de opinião?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. De ajuda para seleccionar empregados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. De ajuda em caso de depressão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. De querer conhecer o Q.I. (coeficiente de inteligência) de seu filho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6. De Tomar um tranquilizante porque se sente nervoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7. De consultar alguém por achar que a sua saúde mental está em perigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8. De ajuda perante dificuldades de casamento ou relacionamento afectivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9. De ajuda para controlar e recuperar de um problema de alcoolismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10. De ajuda para elaborar uma campanha de sensibilização para a prevenção do tabagismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11. De ajuda no caso de doença física prolongada e/ou terminal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.12. De ajuda devido a problemas de sono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.13. De ajuda para controlar a ansiedade antes de uma cirurgia ou exame?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.14. De ajuda para alterar hábitos alimentares, por exemplo, devido a diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.15. Falar sobre problemas ligados a sua profissão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4- Qual a profissão que:

Enfermeiro Padre Assistente Social Economista Engenheiro Professor Psicólogo Psiquiatra Médico

4.1. Preferia que o seu filho seguisse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. Considera mais científica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3. Considera mais valorizada pela sociedade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Indique se concorda ou não com as seguintes afirmações:

Concordo Não Concordo

5.1- Os Psicólogos tem tendência a tornarem os assuntos mais complicados do que seriam na realidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2- Os Psicólogos lidam com assuntos importantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3- Só um técnico licenciado poderá chamar-se Psicólogo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4- Os Psicólogos tendem a serem pessoas mais excêntricas do que outros profissionais, como por exemplo: Engenheiros, Professores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5- Os serviços prestados pelos Psicólogos nas escolas são importantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6- Os serviços prestados pelos Psicólogos nos hospitais, centros de saúde, clínicas, são importantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7- Os serviços prestados pelos Psicólogos nas empresas são importantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8 – Os serviços prestados pelos Psicólogos nas prisões são importantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.9- Os Psicólogos tendem a ser mais introvertidos do que outros profissionais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.10- Os Psicólogos são capazes de lerem os pensamentos das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6- Seria capaz de recomendar alguém para consultar um Psicólogo?

SIM ☐

NÃO ☐

7- De onde vem o seu maior conhecimento sobre os Psicólogos?

Experiência própria ☐

Experiência de familiares ☐

Televisão ☐

Rádio ☐

Cinema/Ficção ☐

Cursos ☐

Literatura ☐

Jornais ou revistas ☐

8- Se conhece algum Psicólogo, em que circunstâncias o conheceu?

Através de família, amigos que já
foram clientes ☐

Eu próprio fui cliente ☐

Situações informais: por amigos em
comum ☐

Reuniões de trabalho ☐

Na minha actividade profissional ☐

9- O seu contacto com Psicólogos teve algum impacto significativo na sua vida?

SIM ☐

NÃO ☐

10. Indique:	Muito Má	Má	Média	Boa	Muito Boa
10.1- De um modo geral, qual a impressão que tem dos Psicólogos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2- Qual o seu grau de conhecimento de conhecimento sobre os Psicólogos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3- Na minha opinião, a competência profissional de um Psicólogo é:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11- Na sua opinião, o que pensa sobre a Psicologia da Saúde?

Obrigado pela sua colaboração

4. Terceiro Questionário

Este Questionário destina-se a uma investigação efectuada em, colaboração com a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, no âmbito do programa de Mestrado e para qual pedimos a sua colaboração, sendo os dados anónimos e confidenciais.

Idade: _____ Sexo: F ☐ M ☐

Especialidade: _____

Serviço: _____

A- As frases seguintes falam sobre as funções do Psicólogo em serviços de saúde. Se está completamente de acordo assinale “Concordo muito” e assim por diante a respeito das outras funções (concordo, não sei, discordo, discordo muito).

	Concordo Muito	Concordo	Não sei	Discordo	Discordo muito
1- Acompanhamento a pacientes com depressão/ansiedade					
2- Consultas à grupos de grávidas adolescentes					
3- Aconselhamento pré-tratamento médico (e.g. cirurgias)					
4- Psicoterapias curtas e longas					
5- supervisão de estágios de Psicologia					
6-Mediação na relação médico-doente, funcionário-doente					
7- Acompanhamento aos profissionais de saúde					

	Concordo Muito	Concordo	Não sei	Discordo	Discordo Muito
8- Aconselhamento psicológico no pré e pós teste para o VIH, indivíduo e família					
9- Consultas de Psicologia					
10- Apoio psicológico a doentes com diabetes e outras doenças crónicas					
11- Apoio psicológico a doentes em internamento nos hospitais					
12- Estudo psicológico de indivíduos e psicodiagnóstico					
13- Estudo psicológico de grupos populacionais para fins de prevenção e tratamento					
14- Elaboração e Participação em programas de educação para a saúde					
15- Aconselhamento psicológico individual, conjugal, familiar ou de grupo					
16- Responsabilidade pela escolha, administração e utilização do equipamento técnico específico da psicologia					
17- Tratamento de doentes com problemas psicológicos					
18- Participação em programas de investigação					
19- Responsabilização por sectores ou unidades de serviços					
20- Participação em júri e concursos de avaliação					
21- Acompanhamento de doentes oncológicos					
22- Diagnóstico e ou tratamento de problemas de ansiedade/depressão em crianças, jovens e adultos					
23- Ensino de técnicas de relaxamento					
24- Contribuir para a humanização dos serviços de saúde					

B- Face aos 10 problemas médicos abaixo citados, avalie-os quanto ao grau de envolvimento que acredita que factores psicológicos intrapessoais possam ter sobre essas mesmas doenças, numa escala que varia: nenhuma componente psicológica; pouca componente psicológica, não sei, muita componente psicológica, total componente psicológica.

	Nenhuma Componente Psicológica	Pouca Componente Psicológica	Não Sei	Muita Componente Psicológica	Total Componente Psicológica
1- Alcoolismo					
2-Obesidade					
3- Dor de cabeça					
4-Cancro					
5-Depressão					
6- Doença do coração					
7- Artrite					
8- Doença Gastrointestinal					
9- Doença Pulmonar					
10- Hipertensão arterial					